|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΧΟΛΗ** | : | ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ |
| **ΤΜΗΜΑ** | : | ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ |
| **ΠΜΣ** | : | «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» |
| Ταχ. Δ/νση | : | ΑΓΙΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝΟΣ, 12243 ΑΙΓΑΛΕΩ, ΑΘΗΝΑ |
| Τηλέφωνο | : | 210 - 5385 |
| Fax | : | 210 - 5385 |
| Email | : | acn@uniwa.gr  |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | : |  |
| **ΟΝΟΜΑ** | : |  |
|  |  |  |
| **Όνομα Πατέρα** | : |  |
| **Όνομα Μητέρας** | : |  |
|  |  |  |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου** | : |  |
|  |  |  |
| **Ημ/νία Γέννησης** | : |  |
| **Τόπος Γέννησης** | : |  |
|  |  |  |  |
| **Φύλο** | : | ΑΡΡΕΝ [ ]  | ΘΗΛΥ [ ]  |
|  |  |  |
| **Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας** | : |  |
| **Διεύθυνση επικοινωνίας**  | : |  |
| **Τηλέφωνα επικοινωνίας** | : |  |
| **Email επικοινωνίας** | : |  |
| **Εξάμηνο Εγγραφής** | : | **Β’** |
| **Ακαδημαϊκό Έτος** | : |  |
|  |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα και Δηλών / ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΜΑΘΗΜΑ | ΕΞΑΜΗΝΟ | Π.Μ. | ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ |
|
| ΟΛΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ |
| Πρώτες Βοήθειες και Μαζικές καταστροφές | Β | 10 | Χ |
| Διοίκηση στο κλινικό χώρο και Επικοινωνία | Β | 10 | Χ |
| Εκπαίδευση ασθενών και Συμβουλευτική | Β | 5 | Χ |
| Διασυνδετική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας | Β | 5 | Χ |
| **ΣΥΝΟΛΟ** |  | **30** |  |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα και Δηλών / ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |