**ΤΜΗΜA ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**

## Ταχ. Δ/νση : Αγ. Σπυριδωνα 122 43 ΑΙΓΑΛΕΩ Βαθμός Ασφαλείας :

## Τηλέφωνο : 210 5385 Ημερομηνία :

## FAX : 2105385 Αριθμ. Πρωτοκ. :

## E-Mail : [acn@uniwa.gr](mailto:acn@uniwa.gr) Βαθμός Προτεραιότητας:

## Πληροφορίες :

**ΑΙΤΗΣΗ ΟΡΚΩΜΟΣΙΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **:** |  | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ** | **:** |  | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ** | **:** |  | | | **Α.Μ.** | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  | | |
|  |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Παρακαλώ για τη συμμετοχή μου στην επόμενη ορκωμοσία καθώς έχω ολοκληρώσει επιτυχώς | | | | | | | |
| τις σπουδές μου στο ΠΜΣ και να μου χορηγήσετε : | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| * Αντίγραφο Πτυχίου | | | | | | | |
| * Αναλυτική Βαθμολογία | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

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