ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ**

**(συμπληρώνεται από τη Γραμματεία)**

Αριθμός ................................................................

Ημερομηνία ..........................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Επώνυμο ....................................................Όνομα ........................................................Όνομα πατρός ............................................Όνομα μητρός……………………………..………….. **Διεύθυνση επικοινωνίας:**Οδός ............................................Αρ. ........Πόλη ……….………………………….………………....Ταχ. Κώδικας……………………….………………….Κινητό Τηλ..................................................Email:.………………………………………………………**ΘΕΜΑ: ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ- ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ****ΚΑΛΑΜΑΤΑ ...... / ...... / 202..** | **ΠΡΟΣ****Γραμματεία Τμήματος Λογοθεραπείας** **Γραφείο Δ:0.10****Αντικάλαμος Μεσσηνίας, ΤΚ 24100**Παρακαλώ όπως πραγματοποιηθεί η εγγραφή μου στο Τμήμα Λογοθεραπείας Καλαμάτας. Σας καταθέτω συνημμένα τα ακόλουθα διακαιολογητικά:1.…………………………………………………………………………………………………………………2……………………………………………………………………………………………………………………3……………………………………………………………………………………………………………………4……………………………………………………………………………………………………………………5……………………………………………………………………………………………………………………6………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………**…………………………………………………………………………………………………………………**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………**Ο/Η Αιτών/ούσα**(Υπογραφή) |