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) |