|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **ΠΡΟΣ** |
| Όνομα:  Επώνυμο:  Πατρώνυμο:  Ιδιότητα:  Φορέας-Θέση:  Ημερομηνία Γέννησης:  Τόπος Γέννησης:  Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:  Δνση Εργασίας :    Τηλέφωνο (σταθερό):  Τηλέφωνο (κινητό):  Email: |  | Γραμματεία του ΔΠΜΣ  Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεματικής  Χαροκοπείου Πανεπιστημίου |
|  |  |
|  | Σας υποβάλλω την αίτηση υποψηφιότητάς μου για το Διιδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας και Αναλυτική |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | Ο/Η Αιτών/ούσα |
| Ημερομηνία: …../ /2021 |  |  |
|  |  |  |
|  |  | ………….. ………………………………… |
|  |  |  |
| Συνημμένα: |  |  |
| Δικαιολογητικά (αναλυτικά) | | |