|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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)  |