



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  
Για το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ με τίτλο  
«Προγεννητικός Έλεγχος-Τοκετός-Αντισύλληψη»  
του ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.  
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2024-25

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_  
Όνομα: \_\_\_\_\_  
Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_  
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας: \_\_\_\_\_

Τ. Κ.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνα επικοινωνίας

Οικίας: \_\_\_\_\_  
Εργασίας: \_\_\_\_\_  
Κινητό: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Τόπος γέννησης: \_\_\_\_\_

Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: \_\_\_\_\_

ΑΦΜ: \_\_\_\_\_

Δ.Ο.Υ.: \_\_\_\_\_

Οικογενειακή κατάσταση: \_\_\_\_\_

Ιδιότητα – Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

πρόσφατη  
φωτογραφία

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Προγεννητικός Έλεγχος-Τοκετός-Αντισύλληψη»

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Π.Μ.Σ. ([ΦΕΚ 1](#), [ΦΕΚ 2](#), [ΦΕΚ 3](#)) και συμφωνώ.
- Η καταβολή των διδάκτρων θα γίνεται το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης του κάθε εξαμήνου σύμφωνα με τις διαδικασίες που θα ανακοινωθούν

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να αποσταλούν ηλεκτρονικά στη Γραμματεία του προγράμματος από 01 Ιουλίου 2024 έως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων στις 30 Σεπτεμβρίου 2024 :

Γραμματεία Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών  
Προγεννητικός Έλεγχος-Τοκετός-Αντισύλληψη - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.,  
Γραμματειακή Υποστήριξη: κα. Ταστερίδου Μαρία  
email: [prenataldiagnosis-labor@med.duth.gr](mailto:prenataldiagnosis-labor@med.duth.gr)

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, 2ος όροφος 68100, Αλεξανδρούπολη τηλ. 2551353157