**ΑΙΤΗΣΗ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

Αλεξανδρούπολη, \_\_/\_\_/2023

ΠΡΟΣ: Γραμματεία Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Στοιχεία Μεταπτυχιακού/-ής Φοιτητή/Φοιτήτριας

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

Α.Ε.Μ.:

Με την παρούσα αίτηση, αιτούμαι την εισαγωγή μου στην κατεύθυνση (*επιλέξτε με «Χ» ένα από τα δυο*):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Α) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ |
|  | Β) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ |

Για το επόμενο ακαδημαϊκό εξάμηνο.

Με εκτίμηση,

(ΟΝΟΜΑ – ΕΠΙΘΕΤΟ ΦΟΙΤΗΤΗ)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ