|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ .....................................................  ΟΝΟΜΑ .........................................................  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ...........................................  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:  ......................................................................  .....................................................................  ΤΑΧ. ΚΩΔ.: ...................................................  ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ................................................  ΚΙΝΗΤΟ: .......................................................  E-MAIL: …………………………………………………..  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ /ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ**  ΑΡΙΘΜΟΣ: ...................................................  ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ……………………………………  ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ ………………………………………..  **Ημερομηνία: ..……../….…../……………..** | **ΠΡΟΣ**  **τη Γραμματεία του Τμήματος**  **Επιστημων Διατροφής & Διαιτολογίας της Σχολής Επαγγελματων Υγείας**  **του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου**  Παρακαλώ να εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στις **κατατακτήριες εξετάσεις** του Τμήματος Επιστημων Διατροφής & Διαιτολογίας.  Είμαι πτυχιούχος: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Συνημμένα υποβάλω:  **Α.** Αντίγραφο πτυχίου ή πιστοποιητικό σπουδών. Προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού κατατίθεται και βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους από τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. πρώην ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α.) ή από το όργανο που έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης του τίτλου σπουδών.  **Β.** Αναλυτική Βαθμολογία  **Γ.** Φωτοτυπία ταυτότητας  **Ο/Η ΑΙΤ............**  **…….......................................**  **(υπογραφή)** |