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