



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

## Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ .....

ΟΝΟΜΑ .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....

.....

ΠΕΡΙΟΧΗ ..... Τ.Κ. ....

ΠΟΛΗ ...../.....

ΤΗΛ. ....

ΚΙΝ. ....

ΑΙΓΙΟ .....

Αίγιο .....

Αρ. Πρωτ. ....

Προς

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε μεταξύ των υποψηφίων για συμμετοχή στις κατατακτήριες εξετάσεις του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών, στο Αίγιο, για το Ακαδ. Έτος 2020-2021.

Ο/Η ΑΙΤ .....

Συν. : - Αντίγραφο Πτυχίου  
- Φωτοτυπία ταυτότητας