

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΕΠΩΝΥΜΟ ……………………………..…**  **ΟΝΟΜΑ ……………………………………**  **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ ……………………………**  **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ ……………………………**  **ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ ………………………..**  **HΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ……………………**  **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ……………………**  **……………………………………………**  **ΤΗΛΕΦΩΝΟ ……………………………**  **ΚΙΝΗΤΟ ………………………………...**  **Ε-MAIL …………………………………**  **Α.Δ.Τ. ……………………………………..**  **Α.Μ.Κ.Α. …………………………………**    **ΘΕΜΑ : Αίτηση ένταξης στο**  **Πανεπιστήμιο Πατρών**  **ΑΙΓΙΟ …………………..….** | **Προς**  **Πανεπιστήμιο Πατρών**  **Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας**  **Τμήμα Φυσικοθεραπείας**  Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την ένταξή μου στο Πανεπιστήμιο Πατρών, *σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 43 παρ. 5 του Ν. 4610/2019 (ΦΕΚ 70 τ. Α΄),*  προκειμένου να παρακολουθήσω τα επιπλέον μαθήματα από το πρόγραμμα σπουδών του Τμήματος Φυσικο- θεραπείας, ώστε να λάβω πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.  **Ο / Η ΑΙΤ …………** |