



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
Για το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ με τίτλο
«Προγεννητικός Έλεγχος-Τοκετός-Αντισύλληψη»
του ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2025-2026

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επώνυμο: _____
Όνομα: _____
Πατρώνυμο: _____
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας: _____

Τ. Κ.: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας

Οικίας: _____
Εργασίας: _____
Κινητό: _____
e-mail: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____
Τόπος γέννησης: _____
Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: _____
ΑΦΜ: _____
Δ.Ο.Υ.: _____
Οικογενειακή κατάσταση: _____
Ιδιότητα – Επάγγελμα: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

πρόσφατη
φωτογραφία

Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Προγεννητικός Έλεγχος-Τοκετός-Αντισύλληψη»

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

1. Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Π.Μ.Σ. ([ΦΕΚ 1](#), [ΦΕΚ 2](#), [ΦΕΚ 3](#)) και συμφωνώ.
2. Η καταβολή των διδάκτρων θα γίνεται το αργότερο μέχρι την ημέρα έναρξης του κάθε εξαμήνου σύμφωνα με τις διαδικασίες που θα ανακοινωθούν

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να αποσταλούν ηλεκτρονικά στη Γραμματεία του προγράμματος από 20 Οκτωβρίου 2025 έως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων **στις 31 Δεκεμβρίου 2025** :

Γραμματεία Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών

Προγεννητικός Έλεγχος-Τοκετός-Αντισύλληψη - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

Γραμματειακή Υποστήριξη: κα. Ταστερίδου Μαρία

e-mail: prenataldiagnosis-labor@med.duth.gr

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, 2ος όροφος 68100, Αλεξανδρούπολη τηλ. 2551353157