#

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

 ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

Γραμματεία ΠΜΣ «Δημόσια Υγεία»

## **Ταχ. Δ/νση** : Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196

## **ΤΚ**  :115 21

## **Τηλέφωνο** : 2132010207 Ημερομηνία:

## **Πληροφορίες** :Μ. Σταθάκη Αριθ. Πρωτ.:

## **E-Mail** : mdy@uniwa.gr

## Ιστότοπος : <https://mdy@uniwa.gr>

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΣΗ

ΠΜΣ «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ», ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 20..-20..

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ………………………………………………………………….................................................

του........................................................., κάτοχος του υπ’ αριθμ. .............................. Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τη θέση για φοίτηση στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών και παρακαλώ για τις ενέργειές σας, προκειμένου να εγγραφώ στο Μητρώο Μεταπτυχιακών Φοιτητών.

|  |
| --- |
| ΠΜΣ «Δημόσια Υγεία» |
|  | **Ειδίκευση 1:** Επιστήμη και Πολιτικές Δημόσιας Υγείας |
|  | **Ειδίκευση 2:** Λοιμώδη Νοσήματα-Εργαστηριακή Δημόσια Υγεία |
|  | **Ειδίκευση 3:** Προαγωγή Υγείας Παιδιών και Εφήβων-Σχολική Υγιεινή  |

 *Σημειώστε τις επιλογές σας με (Χ) στο αντίστοιχο πεδίο*

Αθήνα,.............................20..

Ο-Η Δηλ.................................

 (Υπογραφή)

Συνημμένο

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Αποδεικτικό κατάθεσης ποσού εγγραφής (α’ δόση διδάκτρων) ποσού **450€** (τετρακοσίων πενήντα ευρώ)  |

Η παρούσα Δήλωση Αποδοχής Φοίτησης, παρακαλούμε ν’ αποσταλεί

συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη έως τις ………… στη διεύθυνση:

**<mdy@uniwa.gr>**