

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Διέυθυνση: Περιχή ΚΕΠΤΣΕ, 502 00 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ

Τηλ.: 2461 0 68000 (Εσωτ. 1510) Fax: 2463 0 80899

Email: sec-ergo@teiwm.gr

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………………….……………ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………..………………ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: ……………………………………………….………ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ..........................................ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ……………………………………………..…………ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣΔ/ΝΣΗ: …………………………….…………………………….……ΠΟΛΗ: ……………………………………………………..…….……Τ.Κ.: ……………………………………………………………….……ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………….……………………..……ΚΙΝΗΤΟ: ……………………………………………………...………Email:…………………………………………………..……………… | Παρακαλώ, δεχτείτε την αίτηση εκδήλωση ενδιαφέροντος για συνεργασία με το Τμήμα Εργοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας για το ακαδημαϊκό έτος ……….….. / …………..Ο/Η Αιτών/ούσα**(υπογραφή)***Κοζάνη, ……… / ……. / 201….* |