 

| **ΑΙΤΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗ**    **Επώνυμο**: ………………………  **Όνομα**: ………….…………..….  **Όνομα** **Πατρός**……………..…  **Αριθμ**. **Μητρώου**………….….  **Τηλέφωνο**: ……………………..  **Κινητό**: ……….……………..……  **e-mail**: ……………………..… ….  **Θεσσαλονίκη**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ΠΡΟΣ**  Γραμματεία / Συντονιστική Επιτροπή (Σ.Ε.) του Π.Μ.Σ στη « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας».    Παρακαλώ όπως (περιγράψτε αναλυτικά τους λόγους )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| **Συνημμένα:**    1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ο/Η Αιτών/ούσα  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (υπογραφή)\*  \* **Έχω ενημερωθεί** για τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 (General Data Protection Regulation, **GDPR**) που ψηφίστηκε στις 27.04.2016 και τίθεται σε υποχρεωτική εφαρμογή στις 25.05.2018 και **δίνω τη συγκατάθεση μου** για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου αποκλειστικά για την παροχή πληροφόρησης, υπηρεσιών και ενημερώσεων που άπτονται ακαδημαϊκών θεμάτων, της υποψηφιότητάς μου και καθ όλη την διάρκεια της φοίτησής μοθ |