



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης  
Τέρμα Ερυθρού Σταυρού, Διοικητικές Υπηρεσίες 2<sup>ος</sup> όροφος  
Τ.Κ. 22100 Τρίπολη  
Τηλ.: 2710-230700 email: [nrsgram@uop.gr](mailto:nrsgram@uop.gr)

**Α Ι Τ Η Σ Η**

**συμμετοχής στην επόμενη**

**ΟΡΚΩΜΟΣΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: .....

ΕΤΟΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ: .....

**Προς:** Τμήμα Νοσηλευτικής

Σας παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στους φοιτητές που θα ορκιστούν στην προσεχή **ορκωμοσία** του Τμήματος και να μου χορηγήσετε την ημέρα της ορκωμοσίας:

1. Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας

2. Αντίγραφο του τίτλου σπουδών

Συνημμένα σας υποβάλλω:

1. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία αναφέρεται και η τελευταία υποχρέωση μου στο Τμήμα
2. Βιβλιάριο Υγείας που έχει εκδοθεί από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (\*)
3. Κάρτα Σίτισης (\*)
4. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα (\*)

Δεσμεύομαι ότι αν δεν είναι εφικτό να παραστώ στην τελετή ορκωμοσίας θα ενημερώσω εγκαίρως τη Γραμματεία του Τμήματος.

Τρίπολη.....

Ο αιτών/ούσα

.....

(υπογραφή)

\*Σε περίπτωση απώλειας ή μη έκδοσης υποβάλλεται Υπεύθυνη Δήλωση