**Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής**

**Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού**

Λεωφ. Ε. & Σ. Βαλιώτη και Πλαταιών, Σπάρτη 23100

Τηλ: 2731089658, 2731089662

Email: toda@go.uop.gr, <http://sportmanagement.uop.gr>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Αρ.πρωτ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \***  **Ημερ/νια: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*** | |
| **Α Ι Τ Η ΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ** | | **Προς**: Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: .................................................... | | Παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την |
| ΟΝΟΜΑ:........................................................... | | εγγραφή μου στο Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού ως επιτυχών της ειδικής κατηγορίας πασχόντων από σοβαρές ασθένειες 2022 |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ................................................ | | Σας επισυνάπτω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά  Σύμφωνα με σχετική απόφαση του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων τα οποία είναι:  1 ........................................................................  2.......................................................................... 3........................................................................... 4..........................................................................  5 ..........................................................................  Ο αιτών/ούσα |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .............................................. | |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ....................................... | |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..................................... | |
| ................................. | |
| **ΑΜΚΑ**: .................................................... | |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ*** | |
| ΠΟΛΗ: ...................................................... | |
| ΟΔΟΣ: .............................................................. | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:.............................Τ.Κ. ................... | |
| ΤΗΛΕΦ. ΣΤΑΘΕΡΟ: .....................................  ΤΗΛΕΦ. ΚΙΝΗΤΟ: ……………………….. | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** | | (υπογραφή) |
| ΑΡΙΘΜΟΣ: .......................................................  ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ..........................................  ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: .................................. | | Ημερομηνία:……………………………… |
|  |
|  |
| e-mail: ………………………………….. | |  |
| ΤΡΟΠΟΣ –ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ : ειδική κατηγορία ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν 3794/2009 | |  |