**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 δικαιολογητικάΣύμφωνα 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 |  |