



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

**ΑΙΤΗΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ**

Επώνυμο : .....  
Όνομα: .....  
Πατρώνυμο: .....  
Μητρώνυμο: .....  
Σχολή: Επιστημών Υγείας  
Τμήμα: Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  
Αριθμός Μητρώου: .....  
Έτος Εισαγωγής : .....  
Δ/νση κατοικίας: .....  
Πόλη: .....  
Τ.Κ.: .....  
Τηλ. κατοικίας: .....  
Κινητό τηλ.: .....  
E-mail: .....

**Προς τη Γραμματεία του Τμήματος  
Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης του ΔΙΠΑΕ**

Παρακαλώ να προβείτε σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για να καταστώ πτυχιούχος του Τμήματος, διότι έχω περατώσει με επιτυχία όλες τις απαιτούμενες από το νόμο υποχρεώσεις στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Η τελευταία μου υποχρέωση στο Τμήμα ήταν .....

Σας καταθέτω:

1. Βεβαίωση από το Γραφείο Διασύνδεσης,
2. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα
3. Βιβλιάριο Κλινικής Άσκησης

Ο/Η Αιτ.....

Ημερομηνία ..... 2026

(Υπογραφή)