

Όσοι φοιτητές/τριες είναι εγγεγραμμένοι/νες στα Μητρώα Φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης της ΣΕΥ του ΔΙΠΑΕ και επιθυμούν τη διαγραφή τους από το Τμήμα, μπορούν να αποστείλουν ταχυδρομικώς ή με courier δικής τους χρέωσης, συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη, την επισυναπτόμενη αίτηση καθώς και την υπεύθυνη δήλωση, η οποία πρέπει να φέρει το γνήσιο της υπογραφής είτε από ΚΕΠ είτε μέσω της εφαρμογής gov.gr.

Βασική προϋπόθεση αποτελεί η μη οφειλή βιβλίων στη Βιβλιοθήκη καθώς και η αποστολή της Ακαδημαϊκής Ταυτότητας.

Σε περίπτωση που δεν αιτηθήκατε ακαδημαϊκή ταυτότητα θα πρέπει να προσθέσετε στην Υπεύθυνη δήλωση μετά το κείμενο «Επιθυμώ τη διαγραφή μου από το Μητρώο Φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης της ΣΕΥ του ΔΙΠΑΕ» την πρόταση «και ότι δεν έχω αιτηθεί ακαδημαϊκή ταυτότητα.»

Μετά την παραλαβή της αίτησης και όλων των συνημμένων από τη Γραμματεία του Τμήματος, θα σας χορηγηθεί η βεβαίωση διαγραφής σύμφωνα με τον τρόπο που θα μας έχετε υποδείξει στην αίτηση.

Να σημειωθεί ότι όσοι/όσες δεν έχουν αιτηθεί ακαδημαϊκή ταυτότητα, μπορούν να αποστείλουν την αίτηση και την υπεύθυνη δήλωση ηλεκτρονικά (σε μορφή pdf - σκαναρισμένα, όχι φωτογραφία) στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@nurse.ihu.gr

Η διεύθυνση αποστολής των φακέλων είναι:

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ
Τ.Θ. 141 (ΜΟΝΟ ΑΝ ΤΑ ΣΤΕΙΛΕΤΕ ΑΠΛΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ)
Τ.Κ 57400 ΣΙΝΔΟΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ

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

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

Σας παρακαλώ να με διαγράψετε από τα
μητρώα φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής
διότι
.....
.....

- Συνημμένα
1. Υπεύθυνη Δήλωση
 2. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ:

1. Αποστολή στο email που σας έχω υποδείξει.
2. Παραλαβή από τη Γραμματεία κατόπιν ραντεβού.

(ΥΠΟΔΕΙΞΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΤΡΟΠΟΥΣ)

Ο/Η Αιτ.....

(Υπογραφή)

Ημερομηνία 2024



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ της ΣΕΥ του ΔΙΠΑΕ								
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός :			Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):						

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Επιθυμώ τη διαγραφή μου από το Μητρώο Φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης της ΣΕΥ του ΔΙΠΑΕ

(4)

Ημερομηνία:

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.