 

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ – ΓΡΑΠΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΠΟΦΟΙΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2023**

# **Α. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Ονοματεπώνυμο: ……………………………………………………………

Αρ. Ταυτότητας: ……………….

Διεύθυνση: ………………………………………………………………………

Τηλέφωνο: …………………….. Email: ………………………….....................

# **Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

1. Φύλο: ΄Αντρας (Μ): ……………… Γυναίκα (F): …………………
2. Ημερομηνία Γεννήσεως (ΗΜ/ΜΗ/ΧΡ): …. …., …. …., …. ….
3. Υπηκοότητα: ΚΥ: Κύπριος………, ΕΛ: Ελλαδίτης………, ΑΛ:Αλλοδαπός ………….
4. Κοινότητα (Για Κυπρίους μόνο)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ** | ΚΩΔΙΚΟΣ | **ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ “Χ”** |
| Ελληνοκυπριακή | ΕΚ |  |
| Τουρκοκυπριακή | ΤΚ |  |
| Αρμενική | ΑΡ |  |
| Λατινική | ΛΑ |  |
| Μαρωνιτική | ΜΑ |  |

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| Μαθήματα  | **ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ** **“Χ”** |
| Παθολογία  |  |
| Χειρουργική  |  |

Ημερομηνία Παραπεμπτικής Επιστολής από ΚΥ.Σ.Α.Τ.Σ.: ……………………

(*Σημειώνεται ότι αντίγραφο της επιστολής χρειάζεται να κατατεθεί μαζί με το συμπληρωμένο έντυπο συμμετοχής*.)

Το κόστος των γραπτών εξετάσεων ανέρχεται στα €250/μάθημα νοουμένου οι υποψήφιοι είναι τουλάχιστον πέντε (5).

Υπογραφή: ……………………………………….

Ημερομηνία: ……………………………………..

Το συμπληρωμένο έντυπο πρέπει να διαβιβαστεί στα γραφεία του ΚΕΠΕΑΑ:

Ταχυδρομική Διεύθυνση : Πανεπιστήμιο Κύπρου

Κ.ΕΠ.Ε.Α.Α.

 e-mail: kepeaa@ucy.ac.cy