**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ-REGISTRATION FORM**

**“Athens International Master’s Programme in Neurosciences”**

|  |
| --- |
| **ΟΝΟΜΑ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/NAME, DATE AND PLACE OF BIRTH** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ/LAST NAME |  |
| ΟΝΟΜΑ/FIRST NAME |  |
| ΌΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/FATHER’S NAME |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ/MOTHERS NAME |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/DATE OF BIRTH |  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/PLACE OF BIRTH |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/HOME ADDRESS** |
| ΠΕΡΙΟΧΗ: |  |
| CITY: |  |
| ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ: |  |
| STREET AND STREET NUMBER: |  |
| Τ.Κ./ZIP CODE: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  |
| TELEPHONE: |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  |
| MOBILE PHONE |  |
| E-mail: |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/IDENTIFICATION CARD** |
| ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/NUMBER OF ID CARD: |  |
| ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ/ISSUING AUTHORITY: |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ/PARENTS HOME ADDRESS** |
| ΠΕΡΙΟΧΗ: |  |
| CITY: |  |
| ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ: |  |
| STREET AND STREET NUMBER: |  |
| Τ.Κ./ZIP CODE: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  |
| TELEPHONE: |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  |
| MOBILE PHONE |  |

ΑΘΗΝΑ/ATHENS 2017

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**RESPONSIBLE DECLARATION**

Δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του Νόμου 1599/85 περί ψευδούς δηλώσεως ότι δεν είμαι γραμμένος/η σε καμία άλλη Σχολή και Τμήμα Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. Εσωτερικού ή Εξωτερικού

I declare responsibly and with knowledge of the consequences of Law 1599/85 for a false statement that I have not been enrolled in any other School and Department of Domestic or Foreign Higher Education Institutions

Ο/Η Δηλών/ The declarant

Signature

(Όνοματεπώνυμο/Full Name)