# 

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

Γραμματεία ΠΜΣ «Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία»

## **Ταχ. Δ/νση** : Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196

## **ΤΚ** :115 21

## **Τηλέφωνο** : 2132010207-208 Ημερομηνία: …………

## **Πληροφορίες** :Χ. Σταθάκη Αριθ. Πρωτ.:

## **E-Mail** : [eduleader@uniwa.gr](mailto:eduleader@uniwa.gr); cstathaki@uniwa.gr

## **Ιστότοπος** : <https://healthleader@uniwa.gr>

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΣΗ

ΠΜΣ «ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ», ΑΚ.ΕΤΟΥΣ ........

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ………………………………………………………………….................................................

του........................................................., κάτοχος του υπ’ αριθμ. .............................. Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τη θέση για φοίτηση, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών και παρακαλώ για τις ενέργειές σας, προκειμένου να εγγραφώ στο Μητρώο Μεταπτυχιακών Φοιτητών.

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΜΣ | «Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία» |
|  | **Ειδίκευση 1:** Λήψη αποφάσεων και σχεδιασμός πολιτικών υγείας |
|  | **Ειδίκευση 2:** Έρευνα και αξιολόγηση καινοτομίας και πολιτικών υγείας |
| ΦΟΙΤΗΣΗ | ΠΛΗΡΟΥΣ ΜΕΡΙΚΗΣ |

*Σημειώστε τις επιλογές σας με Χ στο αντίστοιχο πεδίο*

Αθήνα,......................................

Ο-Η Δηλ....................................

(Υπογραφή)

Η παρούσα Δήλωση Αποδοχής Φοίτησης-Εγγραφής, παρακαλούμε ν’ αποσταλεί

συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη στο e-mail: eduleader@uniwa.gr

Συνημμένα:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Μια (1) πρόσφατη φωτογραφία τύπου αστυνομικής ταυτότητας |
|  | Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας |
| **3.** | Αποδεικτικό κατάθεσης ποσού εγγραφής (α’ δόση τελών φοίτησης) |