

**A)** Οι ενδιαφερόμενοι φοιτητές που καταθέσαν δικαιολογητικά για την έγκριση της αίτησης μετεγγραφής τους στο Τμήμα Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, θα πρέπει να καταθέσουν στη Γραμματεία τα δικαιολογητικά που αναγράφονται στη συνημμένη αίτηση, **από σήμερα Πέμπτη 7 Δεκεμβρίου 2023 έως και την Παρασκευή 15 Δεκεμβρίου 2023** ώστε να ολοκληρωθεί η εγγραφή τους στο Τμήμα.

Η κατάθεση των δικαιολογητικών θα γίνεται είτε τις ώρες θυρίδας 10:00-12:00 είτε με αποστολή φακέλου (ταχυδρομικώς ή με courier) στη διεύθυνση:

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

Τ.Θ. 141 (ΜΟΝΟ αν τα στείλετε ταχυδρομικώς)

Τ.Κ 57400 ΣΙΝΔΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Προσοχή: στην αίτηση εγγραφής θα αναγράφετε ευδιάκριτα τα στοιχεία (τηλέφωνα και email) που έχουν ισχύ. Η ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗ ΛΕΞΗ “κατέβασμα”.

Όποιος/όποια φοιτητής/φοιτήτρια δεν βλέπει τον αριθμό πρωτοκόλλου της ηλεκτρονικής αίτησης μετεγγραφής του/της, μπορεί να επικοινωνήσει με την Γραμματεία του Τμήματος μέσω email στην ηλεκτρονική διεύθυνση [info@nurse.ihu.gr](mailto:info@nurse.ihu.gr) ή καλώντας στα τηλέφωνα 2310013821-2.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται οι αριθμοί πρωτοκόλλων των αιτήσεων μετεγγραφής που έχουν **εγκριθεί**:

2343/21-10-2023	836/17-10-2023	2474/21-10-2023	614/17-10-2023
227/16-10-2023	2400/18-10-2023	2363/18-10-2023	1130-17/10/2023
4326/23/10/2023	1115/17-10-2023	2842/19-10-2023	5815/26-10-2023
581/16-10-2023	1486/17-10-2023	582/16-10-2023	352/16-10-2023
5992/27-10-2023	754/16-10-2023	5750/26-10-2023	4021/22-10-2023
1190/17-10-2023	4807/24-10-2023	2487/18-10-2023	3244/20-10-2023

Οι ηλεκτρονικές αιτήσεις με αριθμό πρωτοκόλλου του Υπουργείου Παιδείας 1398/18-10-2023, 1565/18-10-2023, 2557/22-10-2023 και 741/17-10-2023 **απορρίπτονται** από την Επιτροπή Μετεγγραφών του Τμήματος, σύμφωνα με το άρθρο 10 παραγ. 1 εδάφιο αβ της απόφασης με αριθ. 142413/19-10-2020 (ΦΕΚ 4617/Β'/20-10-2020) και την εγκύκλιο δικαιολογητικών μετεγγραφών με αριθ. πρωτ. 115724/Ζ1/16-10-2023 του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, καθώς και οι δύο γονείς έχουν πλήρη κυριότητα (100%) σε κατοικία εντός της Περιφερειακής Ενότητας (Θεσσαλονίκη) στην οποία σπουδάζει ο/η αδερφός/ή του αιτούντος.

**B)** Μετά την ολοκλήρωση της εγγραφής σας από τη Γραμματεία του Τμήματος, θα σας αποσταλούν ηλεκτρονικά στο e-mail που έχετε δηλώσει στη αίτηση εγγραφής σας:

1. Το Δελτίο ενεργοποίησης με τους κωδικούς σας.

2. Βεβαίωση σπουδών

### 3. Κωδικοί για το e class (Πλατφόρμα ακαδημαϊκής ενημέρωσης)

Επισημαίνεται ότι:

1. Η δήλωση μαθημάτων για το χειμερινό εξάμηνο 2023-24 θα γίνει από τη Γραμματεία.
2. Για τυχόν τεχνικά προβλήματα όσον αφορά στην ενεργοποίηση του ιδρυματικού λογαριασμού σας, θα επικοινωνήσετε με το Κέντρο Διαχείρισης Δικτύου στο τηλέφωνο 2310013604 ή με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση [noc@the.ihu.gr](mailto:noc@the.ihu.gr)
3. Όποιος επιθυμεί διακοπή σπουδών, να επικοινωνήσει με τη Γραμματεία για τη διαδικασία, αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία εγγραφής. Η διακοπή σπουδών θα αφορά στο εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2023-24.
4. Μετά την εγγραφή σας και τη δήλωση μαθημάτων, να δηλώσετε συγγράμματα στον Εύδοξο.



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

Αριθ. Πρωτ.:  
Ημερομηνία:  
(Συμπληρώνονται από τη Γραμματεία)

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΜΕΤΕΓΓΡΑΦΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....  
ΜΗΤΡΟΝΥΜΟ:.....  
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....  
ΑΡΙΘ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....  
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:.....  
ΗΜΕΡ. ΈΚΔΟΣΗΣ:.....  
ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:.....  
ΧΩΡΑ ΈΚΔΟΣΗΣ:.....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  
Οδός.....  
Πόλη ..... Τ.Κ .....  
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦ.: .....  
ΚΙΝΗΤΟ: .....  
EMAIL .....

Συμπληρώστε αν είστε το πρώτο  
τέκνο φοιτητής/φοιτήτρια στην  
οικογένεια:

ΝΑΙ:  ΟΧΙ:

Συμπληρώστε εάν οι γονείς σας  
κατέχουν πτυχίο τριτοβάθμιας  
Εκπαίδευσης:

Ένας εκ των δύο:  Και οι δύο:

Ημερομηνία .....

## ΠΡΟΣ

Τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στα μητρώα  
του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  
μετά από έγκριση της αίτησης μετεγγραφής  
μου από το Τμήμα Νοσηλευτικής του  
Πανεπιστημίου (Ίδρυμα Προέλευσης)  
..... για το  
ακαδημαϊκό έτος 2023-2024.

### ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Την **παρούσα** αίτηση εγγραφής στο Τμήμα
2. Υπεύθυνη Δήλωση περί μη εγγραφής σε άλλο Ίδρυμα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και περί συναίνεσης διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων.
3. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου
4. Βεβαίωση Διαγραφής από το Τμήμα Προέλευσης
5. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜΚΑ
6. Πιστοποιητικό γέννησης (μόνο αγόρια)
7. Δύο (2) φωτογραφίες
8. Φωτοαντίγραφο απολυτηρίου Λυκείου

**Προσοχή:** Η αίτηση και η υπεύθυνη δήλωση πρέπει να είναι υπογεγραμμένες και να φέρουν το **γνήσιο της υπογραφής** από αρμόδια αρχή (ΚΕΠ ή Αστυνομική Αρχή ή μέσω gov.gr).

Ο/Η ΑΙΤΩΝ.....

Αριθ. μητρώου:.....  
(Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία)

.....  
(υπογραφή)

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

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

Δεν είμαι εγγεγραμμένος/νη σε άλλο Ίδρυμα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του εσωτερικού και συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τις υπηρεσίες του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος

(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.