|  |
| --- |
| Δήλωση Συμμετοχής σε Εργαστήρια του Γραφείου Διασύνδεσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (ΕΝ/07-07) |

*Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία, υπογράψτε και στείλτε τη συμπληρωμένη δήλωση συμμετοχής στο Γραφείο Διασύνδεσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*

Ημερ/νία:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Α/Α: \_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Στοιχεία Συμμετέχοντα** |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Είσαστε  | Φοιτητής | [ ]  | Απόφοιτος | [ ]  |
| Ίδρυμα Φοίτησης/Αποφοίτησης*:* | *π.χ. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων* |
| Σχολή Φοίτησης/Αποφοίτησης: |  |
| Τμήμα Φοίτησης/Αποφοίτησης: |  |
| Έτος εγγραφής: |  |
| Έτος Αποφοίτησης: |  |
| Εξάμηνο Φοίτησησ: |  |
| Ημ. Γέννησης: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Τηλ. επικοινωνίας: | *Σταθερό & Κινητό* |
| E-mail: |  |
| Ταχ. Διεύθυνση: | *Οδός – Πόλη – Τ.Κ.* |

|  |
| --- |
| Θέλω να δηλώσω συμμετοχή στο Εργαστήριο που διοργανώνει το Γραφείο Διασύνδεσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων: |
| Τίτλος Εργαστηρίου*:* |  |
| Ημερομηνία Διεξαγωγής: |  |

|  |
| --- |
| Εάν έχετε επιπλέον πληροφορίες που θέλετε να μας δώσετε παρακαλούμε χρησιμοποιήστε αυτόν τον χώρο.  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Υπογραφή*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Επισημαίνεται ότι:*

* *Θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας*
* *Εάν δεν μπορείτε να παρευρεθείτε στο εργαστήριο και έχετε ήδη δηλώσει συμμετοχή οφείλετε να ενημερώσετε εγκαίρως το Γραφείο Διασύνδεσης (τηλ. 26510 98454)*
* *Το εργαστήριο θα πραγματοποιηθεί εφόσον συμμετέχουν τουλάχιστον πέντε (5) ενδιαφερόμενοι.*