

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ERASMUS

ΟΝΟΜΑ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ \_\_\_\_\_

### ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

ΑΚΑΔ. ΧΡΟΝΙΑ ----- / -----

Επώνυμο: \_\_\_\_\_ Όνομα: \_\_\_\_\_

Όνομα Πατέρα: \_\_\_\_\_ Όνομα Μητέρας: \_\_\_\_\_ Ηλικία: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση κατοικίας: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Τηλ.: \_\_\_\_\_

Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας: \_\_\_\_\_

Τμήμα: \_\_\_\_\_ Έτος Σπουδών: \_\_\_\_\_

Επίπεδο Σπουδών (προ/μεταπτυχιακό): \_\_\_\_\_

Ξένες Γλώσσες: α) \_\_\_\_\_ β) \_\_\_\_\_ γ) \_\_\_\_\_

Επιθυμώ να πραγματοποιήσω περίοδο σπουδών σε ένα από τα παρακάτω Ιδρύματα με σειρά προτεραιότητας:

Ίδρυμα	Μήνες (3-12)	Έναρξη Κινητικότητας	Λήξη Κινητικότητας

Σημείωση: Ενδέχεται να σας ζητηθεί πιστοποιητικό γλωσσικής ικανότητας ή οποιαδήποτε άλλη πληροφορία προς υποστήριξη της αίτησης σας.

(Διαγράψετε ανάλογα)

Επιθυμώ / Δεν επιθυμώ να παρακολουθήσω γλωσσικά μαθήματα (EILC) στη χώρα υποδοχής.

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_