



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»



Αρ.Πρωτ.:

Αίτηση Διαγραφής Μεταπτυχιακού Φοιτητή

ΠΡΟΣ: τη Γραμματεία του ΠΜΣ «ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

Επώνυμο:	Παρακαλώ όπως εγκριθεί η διαγραφή
Όνομα:.....	μου από το Μητρώο Μεταπτυχιακών
Πατρώνυμο:.....	Φοιτητών του ΠΜΣ Νευροαποκατάσταση:
	A) για προσωπικούς λόγους
	B) λόγω
Ακαδ. Έτος Πρώτης Εγγραφής:

Σταθερό Τηλέφωνο:
Κινητό τηλέφωνο:
email:

Λάρισα,.....

Ο/Η Αιτ.....

(Υπογραφή)