



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



ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Αρ.Μητρώου:

Δ/νση:

Τηλ.:

e-mail:

Προς

Τη Γραμματεία του ΠΜΣ
«Νευροαποκατάσταση» του Τμήματος
Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εκπόνηση της
Διπλωματικής μου Εργασίας με θέμα:

Τίτλος στην Αγγλική:

με επιβλέποντα/ουσα:

και συνεπιβλέποντες:

1. .

2. .

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ