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

Αρ.Πρωτ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ/ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ

ΠΡΟΣ: Συντονιστική Επιτροπή του ΠΜΣ «ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

Επώνυμο: ……

Όνομα:……

Πατρώνυμο:……

Μητρώνυμο:……

Αρ. Μητρώου:……

Εξάμηνο Φοίτησης: ……

Δ/νση Κατοικίας:……

……

Τηλέφωνο: ……

Email: ……

Παρακαλώ όπως εγκριθεί η ΠΑΡΑΤΑΣΗ Σπουδών μου στο το ΠΜΣ «Νευροαποκατάσταση» για το διάστημα από…… μέχρι……

λόγω ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Λάρισα,……

Ο/Η Αιτ……

(Υπογραφή)

Βιόπολις 41110 Λάρισα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας
email: msc.neurorehabilitation@gmail.com
neurorehabilitation@uth.gr