ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

ΠΡΟΣ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΠΜΣ……

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:…….....
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…….....
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:…….....
Τηλέφωνο / Κινητό:…….....
e-mail…….....

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

Δηλώνω ότι συναινώ στην διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Ακαδημαϊκό Σύμβουλο του ΠΜΣ ……. …….. με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Αθήνα ……

Ο/Η ΑΙΤ…….…….

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ.