|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ταχ. Δ/νση**: | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Τομέας Οδοντικής Τεχνολογίας, Αγίου Σπυρίδωνος, 28, 12243, Αιγάλεω [Πανεπιστημιούπολη «Άλσος Αιγάλεω»] |  | Αίτηση Διαγραφής ή Παράτασης ή Αναστολής Σπουδών*(διαγράψτε ανάλογα)* |  |  |
|  |  |  | **Βαθμός Ασφαλείας** | : |  |
| **Τηλέφωνο**: | +30 210 5385………….. |  | **Ημερομηνία** | : |  |
| **Ε-mail**: |  |  | **Αριθμ. Πρωτοκόλλου** | : |  |
| **Ιστοσελίδα**: |  |  | **Βαθμός Προτεραιότητας** | : |  |
| **Πληροφορίες**: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Επώνυμο** | **:** |  |
| **Όνομα** | **:** |
| **Όνομα Πατρός** | **:** |  |
| **Όνομα Μητρός** | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Αίτηση Διαγραφής ή Παράτασης ή Αναστολής Σπουδών** *(διαγράψτε ανάλογα)* |
| Παρακαλώ να μου εγκρίνετε την **ΔΙΑΓΡΑΦΗ** **ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗ** *(διαγράψτε ανάλογα)* Σπουδών για το ΠΜΣ **«ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ»** για το διάστημα από ..................... μέχρι ...................... λόγω *(αναφέρατε αναλυτικά τους λόγους και επισυνάψτε δικαιολογητικά εφόσον υπάρχουν)* |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| *(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)* |

**Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά / έγγραφα:**

|  |
| --- |
| [ ]  ………………………………………………………………………………………[ ]  ………………………………………………………………………………………[ ]  ……………………………………………………………………………………… |