|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ταχ. Δ/νση**: | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Τομέας Οδοντικής Τεχνολογίας, Αγίου Σπυρίδωνος, 28, 12243, Αιγάλεω [Πανεπιστημιούπολη «Άλσος Αιγάλεω»] |  | Αίτηση Εκπόνησης ΜΔΕ |  |  |
|  |  |  | **Βαθμός Ασφαλείας** | : |  |
| **Τηλέφωνο**: | +30 210 5381506 |  | **Ημερομηνία** | : |  |
| **Ε-mail**: | mkokali@uniwa.gr |  | **Αριθμ. Πρωτοκόλλου** | : |  |
| **Ιστοσελίδα**: | <https://msc-dentech.uniwa.gr/> |  | **Βαθμός Προτεραιότητας** | : |  |
| **Πληροφορίες**: | Κ.Κόκκαλη Μαρία |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Αίτηση Ανάληψης Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας**ΕΠΩΝΥΜΟ:Όνομα: Όνομα Πατέρα:Τηλ. Επικοινωνίας: Email Επικοινωνίας: Εξάμηνο Σπουδών:Αριθμός Μητρώου:**ΘΕΜΑ: ΑΝΑΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**Παρακαλούμε να ενεργήσετε για την έγκριση της εκπόνησης της ακόλουθης διπλωματικήςεργασίας (τίτλος της εργασίας στα Ελληνικά και Αγγλικά):……………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |
|  |
|  |
| Ο επιβλέπων | Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |  |
| *Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)* | *Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)* |