|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ταχ. Δ/νση**: | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Τομέας Ιατρικών Εργαστηρίων, Αγίου Σπυρίδωνος, 28, 12243, Αιγάλεω [Πανεπιστημιούπολη «Άλσος Αιγάλεω»] |  | Αίτηση Διαγραφής ή Παράτασης ή Αναστολής Σπουδών  *(διαγράψτε ανάλογα)* |  |  |
|  |  |  | **Βαθμός Ασφαλείας** | : |  |
| **Τηλέφωνο**: | +30 210 5385 619 |  | **Ημερομηνία** | : |  |
| **Ε-mail**: | [tiemps@uniwa.gr](mailto:tiemps@uniwa.gr) |  | **Αριθμ. Πρωτοκόλλου** | : |  |
| **Ιστοσελίδα**: | <https://tiemps.uniwa.gr/> |  | **Βαθμός Προτεραιότητας** | : |  |
| **Πληροφορίες**: | Ιωάννα Φλώρου |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 «Βιοϊατρικές Μέθοδοι και Τεχνολογία στη Διάγνωση» 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:**

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………… |