Αθήνα, …../…../…..

|  |
| --- |
| ΠΡΟΣ: ΠΜΣ «ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» |
|  ΘΕΜΑ: ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | ……………………… | Παρακαλώ να μου χορηγηθεί Παράταση Σπουδών από το ΠΜΣ «Ρευματολογία – Μυοσκελετική Υγεία» για το διάστημα από …../…../….. έως…../…../…….λόγω………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………Αθήνα …../…../…..(Υπογραφή) |
| ΟΝΟΜΑ: | ……………………… |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: | ……………………… |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: | ……………………… |
| ΑΔΤ: | ……………………… |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: | ……………………… |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: | ……………………… |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: | ……………………… |
| EMAIL: | ……………………… |