

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ**

**AΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ**: ...........................................

**ΟΝΟΜΑ**: ...............................................

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ**: .................................

**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ**: ................................

**ΑΜ** .......................................................

**ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ**: ..............................

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**: ..........................................

**E-mail: ..........................................**

**Δ/ΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**: ..............................................................

..................................................................

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ......................................

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

*Σας κάνω γνωστό ότι εκπλήρωσα τις νόμιμες υποχρεώσεις για να καταστώ πτυχιούχος. Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την έκδοση των απαραίτητων εγγράφων.*

***Ο τίτλος της πτυχιακής εργασίας*** *στα αγγλικά είναι*: ...........................................

………………………………………………………………….

Επισυνάπτω:

* Πάσο / Ακαδημαϊκή Ταυτότητα
* Κάρτα Βιβλιοθήκης
* Κάρτα Σίτισης

\*\* Σε περίπτωση που έχουν απολεσθεί ή δεν έχουν εκδοθεί τα ανωτέρω, επισυνάπτεται Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/86 (είτε μέσω gov.gr είτε μέσω έντυπης αυτοπρόσωπης κατάθεσης)

Ο/Η ΑΙΤ..................

ΥΠΟΓΡΑΦΗ