|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** **ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΜΣ**Αριθμ. Πρωτ.: …………………………...Ημερομηνία : …………………………… | **ΠΡΟΣ**Το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «*Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»* του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας***.*** |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ Π.Μ.Σ**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: ……………….ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………ΟΝΟΜΑ: ……………………………….ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: …………………...ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ………………….ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ……………………………………………………………………ΤΗΛΕΦΩΝΟ (κιν): ……………………e-mail : ………………………………… | Παρακαλώ όπως με διαγράψετε από τα μητρώα φοιτητών του ΠΜΣ *«Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»* για λόγους ………………………………………………………………………….…………...…………………………………………….…………...………………………………………………………………………………………Λάρισα, …/…/20Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ…………… |