|  |  |
| --- | --- |
| **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, …/…/20  Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ…………… |