|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ****ΤΜΗΜΑ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Λ. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών, Τ.Κ. 23100, ΣπάρτηΤηλ.: 2731089689 – 89651**Αρ.πρωτ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*** **Ημερ/νια: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*** |
| **Α Ι Τ Η Σ Η ΑΡΣΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ** | **Προς**: Τμήμα Φυσικοθεραπείας Παν. Πελ/σου |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: .................................................... | Σας παρακαλώ να κάνετε δεκτό το αίτημά μου για άρση της αναστολής (διακοπής) των σπουδών μου, ώστε να συνεχίσω τη φοίτησή μου στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας, από το επόμενο ακαδημ. εξάμηνο δηλ. το …………………εξάμηνο (χειμερινό ή εαρινό) του ακαδ. έτους ………………..  |
| ΟΝΟΜΑ:........................................................... |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ................................................ |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .............................................. |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ....................................... |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..................................... |
| ............................ |
| **ΑΜΚΑ**: .................................................... |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ*** |
| ΠΟΛΗ: ...................................................... |
| ΟΔΟΣ: .............................................................. |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:.............................Τ.Κ. ................... |
| ΤΗΛΕΦ. ΣΤΑΘΕΡΟ: .....................................ΤΗΛΕΦ. ΚΙΝΗΤΟ: ……………………….. |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** | Ο αιτών/ούσα |
| ΑΡΙΘΜΟΣ: .......................................................ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ..........................................ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: .................................. | *(υπογραφή)*Ημερομηνία: ……………………….. |
| e-mail: ………………………………….. |
|  |  |