|  |  |
| --- | --- |
|  | ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Λεωφ. Ευστ. & Σταμ. Βαλιώτη και Πλαταιών, Τ.Κ. 23100, ΣπάρτηΤηλ.: 2731089689 - 89684 |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** | **Προς**: Τη Γραμματεία του  Τμήματος Φυσικοθεραπείας |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: .................................................... |  |
| ΟΝΟΜΑ:........................................................... | Σας παρακαλώ να με διαγράψετε από τα μητρώα  |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ................................................ | του Τμήματος Φυσικοθεραπείας της Σχολής |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .............................................. | Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:...................................... | Πελοποννήσου λόγω της έγκρισης μετεγγραφής μου στο Πανεπιστήμιο ……………………….. |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..................................... | ………………. ........................... ............... ............................στο ΤΜΉΜΑ ................................................. ………… ……………………………. |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΙΤ: 6065. . . . . . . . .  |
| ΕΤΟΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ: ............... |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ*** |  |
| ΠΕΡΙΟΧΗ: ...................................................... | \*Συνημμένα υποβάλλω: |
| ΟΔΟΣ: .............................................................. |  Δελτίο Ακαδημαϊκής Ταυτότητας (πάσο) |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:.............................Τ.Κ. ................... |   Υπεύθυνη Δήλωση (υποβάλλεται σε περίπτωση μη έκδοσης ή απώλειας της ακαδημ. Ταυτότητας-πάσου) |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .................................................... |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |
| ΑΡΙΘΜΟΣ: ....................................................... | \*Σημειώνετε μία από τις δύο επιλογές |
| ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: .......................................... |  (Ημερομηνία) ............................... |
| ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: .................................. | Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  | .......................................... |
|  | (υπογραφή) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

