|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  **ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**  Λεωφ. Ευστ. & Σταμ. Βαλιώτη και Πλαταιών, Τ.Κ. 23100, Σπάρτη  Τηλ.: 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) |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

