



ΑΙΤΗΣΗ

ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ

του/της μεταπτυχιακού/κης φοιτητή/τριας

Προς

.....

Την Γραμματεία του ΔΠΜΣ «Ψηφιακές
Υπηρεσίες Υγείας και Αναλυτική».

.....

Α.Μ.

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την αίτηση μου
για διαγραφή από το Διδρυματικό
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
«Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας και
Αναλυτική».

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Νομός.....

Πόλη:.....

Οδός:.....

Αριθμ: Τ.Κ.:

Τηλ:

Κιν:

Προσωπικό email:

Ο/Η αιτών/ούσα

Αθήνα: / /.....

.....

Υπογραφή