



**ΑΙΤΗΣΗ  
ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ**

του/της μεταπτυχιακού/κης φοιτητή/τριας

.....  
.....

Α.Μ. ....

Προς

Τη Γραμματεία του ΔΠΜΣ «Ψηφιακές  
Υπηρεσίες Υγείας και Αναλυτική»

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την αίτηση μου  
για παράταση σπουδών.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

Νομός.....

Πόλη:.....

Οδός:.....

Αριθμ: ..... Τ.Κ.: .....

Τηλ.: .....

Κιν: .....

Προσωπικό email: .....

Ο/Η αιτών/ούσα

Αθήνα: ..... / ..... /.....

.....

Υπογραφή