

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

ΑΓΤΗΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

Επώνυμο :

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Μητρώνυμο:

Τμήμα: ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Αριθμός Μητρώου:

Έτος Εισαγωγής:

Δ/ση κατοικίας:

Πόλη:

Τ.Κ.:

Κινητό τηλ.:

E-mail:

Ημερομηνία:

Προς τη Γραμματεία του Τμήματος

Παρακαλώ επιθυμώ τη διακοπή των
σπουδών μου για το/τα

εξάμηνο/να* το
ακαδημαϊκό έτος

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗ

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Διάρκεια προηγούμενης αναστολής

Ακαδ. έτος:

Εξάμηνο:

Συνημμένα

1. Υπεύθυνη Δήλωση

ή

2. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα

*Σημειώνετε π.χ χειμερινό ή εαρινό

Ο/Η Απ.

(Υπογραφή)