



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Προς
Τη Γραμματεία του Τμήματος
ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ της Αλεξάνδρειας
Πανεπιστημιούπολης του ΔΙ.ΠΑ.Ε.

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Μητρώνυμο:

Κιν. τηλέφωνο:

e-mail:

Δ/νση

κατοικίας:.....

.....

.....ΤΚ.....

ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

Αριθμός μητρώου:

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση
θεραπείας για τη μη διαγραφή μου από το
Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών λόγω υπέρβασης
της ανώτατης διάρκειας φοίτησης.

Οι λόγοι που δεν πραγματοποιήσα την περάτωση
των σπουδών είναι:

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

Θεσσαλονίκη, /12 /2025

Ο/Η Αιτών/ούσα

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

