

**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

.....  
**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Υ.Π/Α.Σ ΤΟΥ ΠΜΣ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:.....

Τηλέφωνο/Κινητό:.....

email.....

**ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ**

Δηλώνω ότι συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Υπεύθυνο του ΠΜΣ..... με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Θεσσαλονίκη .....

Ο/Η ΑΙΤ.....

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ**