|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ταχ. Δ/νση**: | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, «Εφαρμογές της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Υπογονιμότητα – Ανδρικός και Γυναικείος Παράγοντας», Αγίου Σπυρίδωνος, 28, 12243, Αιγάλεω [Πανεπιστημιούπολη «Άλσος Αιγάλεω»] |  |  |  |  |
|  |  |  | **Βαθμός Ασφαλείας** | : |  |
| **Τηλέφωνο**: | +30 210 53 85 349, +30 210 53 85 373 |  | **Ημερομηνία** | : |  |
| **Ε-mail**: | biofertil@uniwa.gr  |  | **Αριθμ. Πρωτοκόλλου** | : |  |
| **Ιστοσελίδα**: | <https://biofertil.uniwa.gr/>  |  | **Βαθμός Προτεραιότητας** | : |  |
| **Πληροφορίες**: | Διευθυντής: Πέτρος Καρκαλούσος |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Επώνυμο** | **:** |  |
| **Όνομα** | **:** |
| **Όνομα Πατρός** | **:** |  |
| **Όνομα Μητρός** | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Αίτηση Διαγραφής ή Παράτασης ή Αναστολής Σπουδών** *(διαγράψτε ανάλογα)* |
| Παρακαλώ να μου εγκρίνετε την **ΔΙΑΓΡΑΦΗ** **ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗ** *(διαγράψτε ανάλογα)* Σπουδών για το ΔΠΜΣ «Εφαρμογές της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Υπογονιμότητα – Ανδρικός και Γυναικείος Παράγοντας», για το διάστημα από ..................... μέχρι ......................λόγω *(αναφέρατε αναλυτικά τους λόγους και επισυνάψτε δικαιολογητικά εφόσον υπάρχουν)* |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| *(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)* |

**Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά / έγγραφα:**

|  |
| --- |
| [ ]  ………………………………………………………………………………………[ ]  ………………………………………………………………………………………[ ]  ……………………………………………………………………………………… |