ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Αίτηση Διαγραφής Υποψήφιου Διδάκτορα

ΠΡΟΣ: τη Γραμματεία του Τμήματος Φαρμακευτικής του Ε.Κ.Π.Α.

Παρακαλώ όπως εγκριθεί η διαγραφή μου από το Μητρώο Υποψηφίων Διδακτόρων του Τμήματος Φαρμακευτικής:
Α) για προσωπικούς λόγους
Β) λόγω ……..……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Επώνυμο: …….....
Όνομα: …….....
Πατρώνυμο: …….…….....

Ημ/νια Πρώτης Εγγραφής: …….…….....

Επιβλέπων/-ουσα:……

Σταθερό Τηλέφωνο: ……..…….....

Κινητό τηλέφωνο: …….....

email: …….....
.

Αθήνα .....

Ο/Η Αιτ……

(υπογραφή)