ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Αίτηση Διαγραφής Μεταπτυχιακού Φοιτητή

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

Επώνυμο: …….....

Όνομα: …….....

Πατρώνυμο: ……..…….....

Ακαδ. Έτος Πρώτης Εγγραφής: ……..…….....

Π.Μ.Σ.:……..……
……
……

Σταθερό Τηλέφωνο: ……..…….....

Κινητό τηλέφωνο: …….....

email: …….....
.

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

Αθήνα .....

Ο/Η Αιτ……

(υπογραφή)