|  |
| --- |
|  |
| ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  **Ημερομηνία: …………………..…**  **Αρ. Πρωτ. : .…………………….....**  **[Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία]** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑ** | **ΠΡΟΣ:**   1. την Τριμελή Επιτροπή, 2. τη Γραμματεία του Τμήματος …………………………………………. της Σχολής …………………………. του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής |
| Ονοματεπώνυμο:………………………………………............  ……………………………………………………………………………... Πατρώνυμο: ………………………………………………………….. | Παρακαλώ όπως δεχτείτε το αίτημα μου για τη διαγραφή μου ως Υποψήφιου/ας Διδάκτορα του Τμήματος ………………….., με θέμα Διδακτορικής Διατριβής: |
| Μητρώνυμο: ………………………………………………………….. | «………………………………………………………» |
| Α.Μ.: ……………………………………………………………………….. | Συνημμένα σας υποβάλλω …………………. (δικαιολογητικά) |
| Δ/νση κατοικίας: …………………………………………………....  ……………………………………………………………………………….. | 1) |
| Τηλέφωνο: ……………………………………………………………… | 2) |
| E mail: …………………………………………………………………….. | 3) |
| **Θέμα**: Αίτημα Διαγράφης Υποψήφιου/ας Διδάκτορα |  |
| Υπογραφή:  ………………………………………  Αθήνα, 00/00/0000 |  |