**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ - ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ -**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ | |
| Επώνυμο: ………………………………………………  Όνομα: ……………………………………………………  Όν. Πατέρα: …………………………………………….  Όν. Μητέρας: …………………………………………  ΑΓΜ Τμήματος: ………………….…………………  Δ/ΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ  Οδός: ………………………………………………………  Αριθμός: …………….. Ταχ. Κωδ.: ………………  Πόλη: ………………………………………………………  Τηλέφωνο: ………………………………………………  Κινητό τηλέφωνο : ……….…………………………….  Email : ……………………………………………………… | Μετά την ολοκλήρωση των υποχρεώσεών μου βάσει του Προγράμματος Εξομοίωσης του Τμήματος Φυσικοθεραπείας, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε:  …. Βεβαίωση Περάτωσης Σπουδών  …. Συνολική Αναλυτική Βαθμολογία  Σας υποβάλλω :   1. Βεβαίωση της Βιβλιοθήκης ότι δεν χρωστάω βιβλία 2. Ακαδημαϊκή Ταυτότητα |
|  |  |
|  |  |
| Λαμία ……………………………….. | Ο/Η ΑΙΤ………. |