**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ - ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ -**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| ΑΙΤΗΣΗ |
| Επώνυμο: ………………………………………………Όνομα: ……………………………………………………Όν. Πατέρα: …………………………………………….Όν. Μητέρας: …………………………………………ΑΓΜ Τμήματος: ………………….…………………Δ/ΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣΟδός: ………………………………………………………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………. |