

Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Α Ι Τ Η Σ Η

Π Ρ Ο Σ

Επώνυμο:.....

.....

Όνομα:.....

.....

Όνομα Πατρός:.....

Παρακαλώ να με απαλλάξετε από τα
Παρακάτω μαθήματα σύμφωνα με τις
Βεβαιώσεις των Υπευθύνων Καθηγητών
Των μαθημάτων τις οποίες επισυνάπτω:

Εξάμηνο:.....

Αριθ.Μητρ:.....

1).....

Εξ/νο Εισ/γης:

2).....

Τηλέφωνο:.....

3).....

4).....

5).....

Λαμία:.....

6).....

7).....

8).....

Ο/Η Αιτ.....