

Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Α Ι Τ Η Σ Η

Π Ρ Ο Σ

Επώνυμο:.....

.....

Όνομα:.....

.....

Όνομα Πατρός:.....

Σας υποβάλλω υπεύθυνη δήλωση του
1599/1986 με την οποία ζητώ τη διαγραφή
μου από το Τμήμα.

Δ/ση Κατοικ:.....

.....

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε
βεβαίωση διαγραφής.

Εξάμηνο:.....

Α.Μ:.....

Τηλέφωνο:.....

.....

ΘΕΜΑ: Διαγραφή από το Τμήμα

Λαμία:.....

Ο/Η Αιτ.....