Θεσσαλονίκη, …./ ……./ ………..

**Α Ι Τ Η Σ Η Δ Ι Α Γ Ρ Α Φ Η Σ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΟΝΟΜΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ/ΟΥΣΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΗΜΕΡ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΠΜΣ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ**

**Ο/Η επιβλέπων/ουσα**

(υπογραφή)

**ΠΡΟΣ**

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΜΣ**

Παρακαλώ να διαγραφώ από το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. κατεύθυνση: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..διότι αδυνατώ να συνεχίσω τις σπουδές μου, για λόγους .............................………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ο/Η**

**αιτών/ούσα**

(υπογραφή)