Θεσσαλονίκη, …./ ……./ ………..

**Α Ι Τ Η Σ Η Δ Ι Α Γ Ρ Α Φ Η Σ**

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

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

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

**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ**

**Ο/Η επιβλέπων/πουσα**

(υπογραφή)

**ΠΡΟΣ**

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΜΣ**

Παρακαλώ να διαγραφώ από τα μητρώα του 1ου κύκλου σπουδών του ΠΜΣ διότι αδυνατώ να συνεχίσω τις σπουδές μου, για .............................………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ο/Η**

**αιτών/ούσα**

(υπογραφή)