|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΤΜΗΜΑ** | **:ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ** | | | |
| **ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ** | **:** | | | |
|  |  | | | |
| **ΠΡΟΣ** | **ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ** | | | |
|  | | | | Ημερομηνία: |
|  | | | | Αρ. Πρωτ.: |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | | : | : | |
| **Όνομα** | | : | : | |
| **Όνομα Πατέρα** | | : | : | |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας** | | : | : | |
| **Email Επικοινωνίας** | | : | : | |
| **Εξάμηνο Σπουδών** | | : | : | |
| **Αριθμός Μητρώου** | | : | : | |

Παρακαλούμε να ενεργήσετε για την έγκριση της εκπόνησης της ακόλουθης πτυχιακής εργασίας

Τίτλος πτυχιακής στην ελληνική γλώσσα

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Τίτλος πτυχιακής στην αγγλική γλώσσα |
|  |
|  |
| Περίληψη |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ο/Η Αιτών/ούσα | Ο/Η Αιτών/ούσα |  | Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |  |  |  |  |
|  | **………………………** |  |  |  |
|  | (υπογραφή) | (υπογραφή) |  | (υπογραφή) |
| Ο/Η Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| (Ον/μο – Υπογραφή) |  |  | |  |