**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

 **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

 **ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

ΠΡΟΣ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΠΜΣ “................................................”

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………………………………….........

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………………………………………………………….........

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:……………………………………………………………………………………………………………………........

Τηλέφωνο / Κινητό:…………………………………………………………………………………………………………….........

e-mail………………….……………………………………………………………………………………………………………...........

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

|  |
| --- |
|  |

Δηλώνω ότι συναινώ στην διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Ακαδημαϊκό Σύμβουλο του ΠΜΣ …............................. με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Αθήνα …………………………

Ο/Η ΑΙΤ……..………………….

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ.**