



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τμήμα Φυσικοθεραπείας

ΠΡΟΣ: Γραμματεία Τμήματος Φυσικοθεραπείας

Αρ. Πρωτοκόλλου:

Ημ/νία:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επώνυμο	1.	2.
Όνομα		
Όνομα Πατέρα		
Τηλέφωνο Επικοινωνίας		
Email Επικοινωνίας		
Εξάμηνο Σπουδών		
Αριθμός Μητρώου		

Παρακαλούμε να ενεργήσετε για τον ορισμό της επιτροπής εξέτασης και την αξιολόγηση της πτυχιακής μας εργασίας με **θέμα**:

1. Ο/Η Αιτών/ούσα

2. Ο/Η Αιτών/ούσα

.....
(υπογραφή)

.....
(υπογραφή)

Ο/Η
Επιβλέπων/ουσα
Καθηγητής/τρια

.....
(Ον/μο – Υπογραφή)