|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **IHU_logo_blue_gr_updated.jpg** |  |

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**  **(ΣΠΟΥΔΩΝ)**  Επώνυμο : …………………………………………………………  Όνομα: ……………………………………………………………..  Πατρώνυμο: ……………………………………………………..  Μητρώνυμο: …………………………………………………….  Σχολή: Επιστημών Υγείας  Τμήμα: Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  Αριθμός Μητρώου: …………………………………………..  Έτος Εισαγωγής: ……………………………………………….  Δ/νση κατοικίας: ………………………………………………  Πόλη: ……………………………………………………………….  Τ.Κ.: ………………………………………………………………….  Κινητό τηλ.: ……………………………………………………...  E-mail: ………………………………………………………………  Ημερομηνία: ……………….2023 | **Προς τη Γραμματεία του Τμήματος**  Παρακαλώ επιθυμώ την αναστολή της διακοπής της φοίτησης μου και την επαναφορά μου σε καθεστώς κανονικής φοίτησης για το ακαδημαϊκό έτος 2023-2024.  Ο/Η Αιτ……….  (Υπογραφή) |