**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

****

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ Ημερομηνία: ……………….202..

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΘΕΜΑΤΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ο/Η ………………………………….………………….. του …………………….. φοιτητ/……. του Τμήματος **Νοσηλευτικής**  της  **Σχολής Επιστημών Υγείας** του **Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος** με αριθμό μητρώου Τμήματος ………………………... δηλώνω ότι επιλέγω να πάρω πτυχιακή εργασία με θέμα: .....................................................................................................................και τίτλο στα Αγγλικά …………………………………………………………………………………………με επιβλέποντα/ουσα τον /την κ. ……………………………………………………………………………….

Ο/Η ΦΟΙΤΗΤ….

………………………………

(Ονοματεπώνυμο)

(Υπογραφή)

Ο/Η ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ/ΣΟΥΣΑ

………………………………….

(Ονοματεπώνυμο)

(Υπογραφή)

Το παρόν εκδίδεται με βάση το Ν.4610/2019, Φ.Ε.Κ.70/τ.Α΄/07.05.2019