

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** |  | **ΠΡΟΣ** **ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ** |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………………………… ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………………………………………………………ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:……………………………ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ:……………………………ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………………E-MAIL:……………………………………………Αθήνα, ….. /….. /20….. |  | Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε αναστολή φοίτησης από το ………………εξάμηνο ακαδ. έτους ………………………….έως το …………………. εξάμηνο ακαδ. έτους ……………………….. Ο/Η ΑΙΤ………….. |