ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Προς τη Γραμματεία του ΠΜΣ «Καρδιομεταβολική Ιατρική»

Ονοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Αριθμός Μητρώου:

Έτος Φοίτησης:

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.**