**ΠΡΟΣ:**

**Την Κοσμητεία της Σχολής Επιστημών Υγείας**

**ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου**

**Αριθμός Πρωτοκόλλου : …………………………**

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **ΟΝΟΜΑ :** | |
| **Α.Μ.**  **(φοιτητή) :** | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ : | |
| Α.Δ..  ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : | ΤΗΛ (σταθερό): | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ..................................................................................................................................... | | |
| e-MAIL : | | ΤΗΛ (κινητό): |

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την αναστολή των σπουδών μου για τα παρακάτω ακαδημαϊκά εξάμηνα\* :

...................................................................................................................................................................

λόγω†.....................................……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Ημερομηνία ……………………….

Ο/Η αιτ.........

..........................................

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

\* Αναφέρατε αναλυτικά τα εξάμηνα

† Αναφέρατε τους λόγους για τους οποίους επιθυμείτε να αναστείλετε τις σπουδές σας.