**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.