



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Προς τη Γραμματεία του ΠΜΣ «ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

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.