

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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………….. |