|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η Δ Ι Α Κ Ο Π Η Σ Φ Ο Ι Τ Η Σ Η Σ Επώνυμο: ……………………………..……  Όνομα:…………..…………………………..  Όνομα Πατέρα:……………..……………  Όνομα Μητέρας: …………..……………  Αρ. Αστ. Ταυτ.: ………………….………..  Δ/νση : …….………………………..……….  ………………..……………………..……….….  Αρ. Μητρώου Τμ.………………..……….  Κινητό : ……………………….……………..  Email:…………………………………………. | Αρ.Πρωτ. ……………..Καλαμάτα:……………Π Ρ Ο Σ *Γραμματεία του Τμήματος Λογοθεραπείας*  *της Σχολής Επιστημών Υγείας*  [*gramlogo@uop.gr*](mailto:gramlogo@uop.gr) ή gramlogo@go.uop.gr  Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη διακοπή της φοίτησής μου για τα παρακάτω ακαδημαϊκά εξάμηνα :  ………….…………………………………………………….…………………...  ……………….………………………………………………….……………..….  Ο λόγος, που ζητώ την διακοπή της φοίτησης μου είναι:  Εκπλήρωση στρατιωτικών  Υποχρεώσεων (στράτευση φοιτητών)  Λόγοι οικονομικοί  Λόγοι οικογενειακοί-κοινωνικοί  Λόγοι υγείας  Σπουδές στο εξωτερικό Ο/Η Αιτ…………. |