|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η Δ Ι Α Κ Ο Π Η Σ Φ Ο Ι Τ Η Σ Η ΣΕπώνυμο: ……………………………..……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* ή gramlogo@go.uop.grΠαρακαλώ 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 εξωτερικόΟ/Η Αιτ…………. |