ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ**

**(συμπληρώνεται από τη Γραμματεία)**

Αριθμός ................................................................

Ημερομηνία ..........................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο ....................................................  Όνομα ........................................................  Όνομα πατρός ............................................  Όνομα μητρός……………………………..…………..  Αρ. Μητρώου …..........................................  Εξάμηνο……………………………………………………    **Διεύθυνση επικοινωνίας:**  Οδός ............................................Αρ. ........  Πόλη ……….………………………….………………....  Ταχ. Κώδικας……………………….………………….  Κινητό Τηλ..................................................  Email:.………………………………………………………  **ΘΕΜΑ: Αίτηση Χορήγησης Βεβαίωσης**  **Περάτωσης Σπουδών**  **Τμήματος Λογοθεραπείας.**  **ΚΑΛΑΜΑΤΑ ...... / ...... / 202..** | **ΠΡΟΣ**  **Γραμματεία Τμήματος Λογοθεραπείας**  **Γραφείο Δ:0.10**  **Αντικάλαμος Μεσσηνίας, ΤΚ 24100**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση περάτωσης σπουδών, καθώς έχω καλύψει όλες τις φοιτητικές μου υποχρεώσεις στο Τμήμα Λογοθεραπείας την ……/……/…………… \*  Γνωρίζω ότι η Γραμματεία δεν προβαίνει αυτοβούλως στην ανακήρυξή μου χωρίς τη συμπλήρωση της παρούσας αίτησης.    Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε:  α. ..... βεβαίωση/εις **περάτωσης**  β. ….. αναλυτική/ές βαθμολογία/ες **περάτωσης**  (συμπληρώστε πόσα έγγραφα α και β αιτείστε)  **Ο/Η Αιτών/ούσα**  (Υπογραφή) |

\* Συμπληρώστε την ημερομηνία κατά την οποία εξεταστήκατε επιτυχώς στην τελευταία φοιτητική σας υποχρέωση σε μορφή ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ (π.χ. 08/02/2022).