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).