**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων»**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Υ.Π./Α.Σ. ΤΟΥ ΠΜΣ «Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………………………………………………….....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………………………………………………………….....

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:…………………………………………………………………………………………………………………….....

Τηλέφωνο/Κινητό:……………………………………………………………………………………………………………......

email………………….…………………………………………………………………………………………………………….......

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

|  |
| --- |
|  |

Δηλώνω ότι συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Υπεύθυνο του ΠΜΣ «Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων» με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

 Θεσσαλονίκη …………………………

 Ο/Η ΑΙΤ……..………

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ