**ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ**

# **Στοιχεία Μεταπτυχιακού Φοιτητή**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Έτος εισαγωγής: |  |
| Ειδίκευση: |  |

**Μέλος ΔΕΠ με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο Επιβλέποντος: |  |
| Βαθμίδα Επιβλέποντος: |  |
| Email  Επιβλέποντος: |  |
| Κλινική / Εργαστήριο με το οποίο συνεργάζομαι |  |
| Υπογραφή φοιτητή | Υπογραφή επιβλέποντος |

Θεσσαλονίκη, / /