**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«Κοινωνικη – Προληπτικη Ιατρικη και Ποιοτητα στη Φροντιδα Υγειας»**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

ΠΡΟΣ ΤΟΝ Υ.Π/Α.Σ ΤΟΥ ΠΜΣ «Κοινωνικη – Προληπτικη Ιατρικη και Ποιοτητα στη

 Φροντιδα Υγειας»

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 «Κοινωνική-Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας» 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