##

**Προς: την Γραμματεία**

 **του Τμήματος Ιατρικής**

 **της Σχολής Επιστημών Υγείας**

 **του Δ.Π.Θ.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο:** |  |  |  |
| **Όνομα:** |  |  |  |
| **Πατρώνυμο:** |  |  |  |
| **Πτυχίο:** |  | **Πανεπιστήμιο:** |  |
| **ΔΜΣ:** |  | **Πανεπιστήμιο:** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας:** | **Οδός:** | **Αριθμ.:** | **Τ.Κ.:** |
|  | **Πόλη:** | **Νομός:** |  |
| **Τηλέφωνα** | **Οικίας:** | **Κινητό:** |  |
| **e-mail:** |  |  |  |

**Αίτηση Ανανέωσης Εγγραφής Υποψηφίου Διδάκτορα**

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την ανανέωση εγγραφής μου για την εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής στο Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δημοκρίτειου Πανεπιστήμιου Θράκης, για το ακαδ. έτος 2023-2024 με θέμα/στο γνωστικό αντικείμενο: …..

…………………………………………………………………………………………………………….

...…..………………………………………………………………………………………………………

.……………………………………………………………………………………………………………

.……………………………………………………………………………………………………………

 **Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

 **(Υπογραφή)**