

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επώνυμο φοιτητή/τριας:.....

Όνομα φοιτητή/τριας:.....

Όνομα πατρός:.....

Εξάμηνο φοίτησης

A.M:

Διεύθυνση κατοικίας:.....

..... Τ.Κ.....

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Κινητό

E-mail (ιδρυματικό):

.....

Αλεξανδρούπολη/...../202.....

ΠΡΟΣ:

**Τον Πρόεδρο του Τμήματος Ιατρικής
Του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης**

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση
μου για αξιολόγηση μου από τριμελή
επιτροπή καθότι έχω αποτύχει
φορές στο μάθημα

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ο/Η αιτών/ούσα
