



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ 1

Ταχ. Δ/ση : Αγ. Σπυρίδωνος 12243 Αιγάλεω

Βαθμός Ασφαλείας :

Τηλέφωνο : 2105385604

Ημερομηνία :

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____

Όνομα : _____

Όνομα Πατέρα : _____

Τηλέφωνο Επικοινωνίας : _____

Email Επικοινωνίας : _____

Εξάμηνο Σπουδών : _____

Αριθμός Μητρώου : _____

ΘΕΜΑ: **ΑΝΑΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Παρακαλούμε να ενεργήσετε για την έγκριση της εκπόνησης της ακόλουθης πτυχιακής εργασίας (τίτλος και στόχοι της εργασίας):

Ο/Η Αιτών/ούσα

Ο/Η Αιτών/ούσα

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....

.....

(υπογραφή)

(υπογραφή)

(υπογραφή)

Ο/Η

Επιβλέπων/ουσα

Καθηγητής/τρια

(Ον/μο Υπογραφή)