|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Εικόνα που περιέχει κείμενο, γραμματοσειρά, γραφικά, γραφιστική  Περιγραφή που δημιουργήθηκε αυτόματα** **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ** Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Πτολεμαΐδα, Τ.Κ. 50200 Τηλ. 24610-68055, 68057 • E-mail: ot@uowm.gr • <https://ot.uowm.gr/>  | Αρ. Πρωτ. ……….………………………….Ημερομηνία ……………………………... |

  | Αρ. Πρωτ. ……….………………………….Ημερομηνία ……………………………... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ \*(Ομαδική Πτυχιακή Εργασία)**Προσωπικά Στοιχεία Φοιτητών / τριών** **Φοιτητής / τρια Νο. 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Επώνυμο :** | **Όνομα :** | **Όνομα πατρός:** |
| **Εξάμηνο :**  | **Αρ. Μητρώου :**  | **Ακαδ. έτος Εγγραφής :**  |
| **Κιν. Τηλέφωνο :**  | **e-mail :** |

 |
| **Φοιτητής / τρια Νο. 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Επώνυμο :** | **Όνομα :** | **Όνομα πατρός:** |
| **Εξάμηνο :**  | **Αρ. Μητρώου :**  | **Ακαδ. έτος Εγγραφής :**  |
| **Κιν. Τηλέφωνο :**  | **e-mail :** |

 |
| **Στοιχεία Πτυχιακής Εργασίας**  |
| **Ημερομηνία Ανάθεσης** | **……… / ……. / 2025** |
| **Τίτλος** |  |
| **Title (αγγλικά)** |  |
| **Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια. \*\*** | (Ονοματεπώνυμο) | (Υπογραφή) |
|  |
| **Πτολεμαΐδα, ………./………./ 2025** | **Ο/Η Αιτ …………….****(Ονοματεπώνυμο φοιτ. 1)(Υπογραφή)** | **Ο/Η Αιτ …………….****(Ονοματεπώνυμο φοιτ. 2)(Υπογραφή)** |
| \* Η συμπλήρωση της αίτησης γίνεται ηλεκτρονικά (όχι χειρόγραφα) και με μικρά γράμματα (όχι κεφαλαία).\*\* Η αίτηση γίνεται δεκτή μόνο εφόσον έχει υπογραφεί από τον/την Επιβλέποντα/ουσα Καθηγητή/τρια της Πτυχιακής Εργασίας. |