|  |  |
| --- | --- |
| **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](mailto:ot@uowm.gr) • <https://ot.uowm.gr/> | Αρ. Πρωτ. ……….………………………….  Ημερομηνία ……………………………... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ\* **Προσωπικά Στοιχεία Φοιτητή / τριας**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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) (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. | | | | |