|  |  |
| --- | --- |
| ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣΤΜΗΜΑ 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 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ 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** | **……… / ……. / 20…..** | |
| **Τίτλος** |  | |
| **Title (αγγλικά)** |  | |
| **Σας παρακαλώ να ορίσετε επιτροπή εξέτασης για την πτυχιακή εργασία την οποία έχω περατώσει καθώς και να με εντάξετε στο πρόγραμμα παρουσιάσεων Πτυχιακών Εργασιών του ……………………… Εξαμήνου του Ακαδημαϊκού Έτους 20….. – 20…...** | | |
| **Πτολεμαΐδα, .…../……/ 20…..** | | **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 Έγκριση Υποβολής και υπογραφή από τον / την Επιβλέπων / ουσα καθηγητή / τρια , στην πίσω  σελίδα. | | |

**Έγκριση Υποβολής\*\***

**Εγκρίνεται η υποβολή της εργασίας του/της φοιτητή/τριας:**

**1) …**

|  |  |
| --- | --- |
| **Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας** |  |

**Η Επιτροπή Εξέτασης της Πτυχιακής Εργασίας αποτελείται από τους εξής:**

1. **…**
2. **…**
3. **…**

**Ημερομηνία Παρουσίασης: ………. / ………. / 20….. ώρα: 00:00**

**Πτολεμαΐδα ………. / ………. / 20…..**

|  |
| --- |
| **Ο/Η Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια**  **(ονοματεπώνυμο)**  **(Υπογραφή)** |