|  |  |
| --- | --- |
| ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ 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 ΑΛΛΑΓΗΣ ΘΕΜΑΤΟΣ Ή ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ 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** | **ΝΕΑ: ……… / ……. / 20…..** | | |
| **Τίτλος** | ΝΕΟΣ:  ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΣ: | | |
| **Title (αγγλικά)** | ΝΕΟΣ:  ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΣ: | | |
| **ΝΕΟΣ Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια. \*\*** | (Ονοματεπώνυμο) | | (Υπογραφή νέου) |
| **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΣ Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια. \*\*** | (Ονοματεπώνυμο) | | (Υπογραφή νέου) |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΣΧΟΛΙΑ: Σας παρακαλώ δεχθείτε την αλλαγή θέματος / επιβλέποντος, σύμφωνα με τα παραπάνω νέα στοιχεία.** | | | | |
| **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 υπογραφεί από τους δύο επιβλέποντες, Καθηγητές/τριες της Πτυχιακής Εργασίας, στην περίπτωση αλλαγής τους. Υπογραφή του προηγούμενου δεν απαιτείται αν δεν εργάζεται πλέον στο Τμήμα Εργοθεραπείας. | | | | |