|  |  |
| --- | --- |
| ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  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 ……………………………... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |