|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**  Αντικάλαμος, Τ.Κ. 24100, Καλαμάτα, Τηλ.: +302721045126,45268  Ιστότοπος: <http://nds.uop.gr/>  email: [nds-secr@go.uop.gr](mailto:nds-secr@go.uop.gr) |

Αριθμ. Πρωτ.:………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  | **Προς**: Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: \_ |  | Παρακαλώ για την επανεγγραφή μου ως Υποψήφιος/α Διδάκτορας του Τμήματος Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για το Ακαδημαϊκό Έτος …………………………………  Συνημμένα υποβάλλω υπόμνημα ενώπιον της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής σχετικά με την πρόοδο της Διδακτορικής Διατριβής μου. |
| ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_ |  |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_  ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:\_ . |  |
| ΕΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:\_ \_\_\_\_\_\_  ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ*** |  |
| ΠΕΡΙΟΧΗ: |  |
| ΟΔΟΣ: |  |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:. Τ.Κ. \_  ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_ |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |  |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ: |  |  |
| ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:\_  ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:\_ |  |  |
|  |  |  |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (email):*** |  | Ο αιτών/ουσα |
|  |  |  |
| \_ |  | (υπογραφή) |