

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ** |  |  |
| **Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ»** |  |
| **Διευθύντρια Αν. Καθηγήτρια Μελανία Καχριμανίδου** |  |

**ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ**

**Στοιχεία Μεταπτυχιακού Φοιτητή**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Έτος εισαγωγής: |  |

**Μέλος Δ.Ε.Π. με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο Επιβλέποντος: |  |
| Βαθμίδα Επιβλέποντος: |  |
| Email Επιβλέποντος: |  |
| Κλινική / Εργαστήριο με το οποίο συνεργάζομαι |  |
| Υπογραφή φοιτητή | Υπογραφή επιβλέποντος |

Θεσσαλονίκη, \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_