**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**



**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

«ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ»

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**: **Δημήτριος Κούβελας**

Τηλ.: +30 2310-999335

Email: kouvelas@auth.gr

*Πανεπιστημιούπολη*

54124 – Θεσσαλονίκη

***Γραμματεία:*** *Γ.**Παπαδήμα*

*Τηλ.: 2310 999312*

*Email:* *info\_cip@auth.gr*

****

**Θεσσαλονίκη, ../…../20….**

**Αριθμ. Πρωτ. -**

**ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ / ΟΥΣΑΣ**

**Στοιχεία Μεταπτυχιακού/κής Φοιτητή/τριας**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Έτος εισαγωγής: |  |
| Ειδίκευση/Κατεύθυνση: |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ΟνοματεπώνυμοΕπιβλέποντος/ουσας: |  |
| Βαθμίδα: |  |
| Τηλ.:e-mail: |  |
| Κλινική/ Εργαστήριο με το οποίο συνεργάζομαι: |  |

**Υπογραφή μεταπτυχιακού/κής φοιτητή/τριας Υπογραφή Επιβλέποντος/ουσας**