



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Φαρμακευτική Τεχνολογία»

Διευθυντής:

Ιωάννης Νικολακάκης, Καθηγητής



Θεσσαλονίκη, __ / __ /20__
Αρ. Πρωτοκόλλου: _____

Προς
Τμήμα Φαρμακευτικής, Α.Π.Θ.

ΑΙΤΗΣΗ

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:		ΑΕΜ:	
Έτος Εισαγωγής:		Εξ. Φοίτησης:	
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός, ΤΚ, πόλη)			
Κινητό τηλ:		Σταθερό τηλ:	
email:			

Παρακαλώ να μου χορηγηθεί παράταση/αναβολή σπουδών ή η δυνατότητα μερικής φοίτησης διάρκειας _____ εξαμήνου/-ων, από _____ έως _____.

Οι λόγοι αίτησης της παράτασης/αναβολής σπουδών / μερικής φοίτησης είναι:

1. _____

2. _____

- Επιβεβαιώνω ότι είμαι ενήμερος/η ότι σύμφωνα με τον κανονισμό του ΠΜΣ «Φαρμακευτική Τεχνολογία», ο ανώτατος επιτρεπόμενος χρόνος ολοκλήρωσης των σπουδών καθορίζεται συνολικά σε έξι (6) εξάμηνα συμπεριλαμβανομένων των τριών εξαμήνων κανονικής φοίτησης και αυτών μερικής φοίτησης, αναστολής ή παράτασης σπουδών.
- Η διάρκεια της μερικής φοίτησης δεν μπορεί να υπερβαίνει το διπλάσιο της κανονικής φοίτησης.
- Η αναστολή σπουδών δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) συνεχόμενα εξάμηνα και ο χρόνος της αναστολής δεν προσμετράται στην ανώτατη διάρκεια κανονικής φοίτησης.
- Η χορήγηση παράτασης σπουδών δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο (2) εξάμηνα.

1. Ο/Η Επιβλεπ _____

2. Ο/Η Αιτ _____

(Υπογραφή)
Θεσσαλονίκη, __/__/20__

(Υπογραφή)
Θεσσαλονίκη, __/__/20__