Α Ι Τ Η Σ Η

ΟΝΟΜΑ:…………………………………...

ΕΠΙΘΕΤΟ:………………………………….

ΑΡ. ΤΑΥΤ.:…………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:………………………...

Δ/ΝΣΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΤΙΤΛΟΥ:……………………………………

………………………………………………

Τ.Κ.:………………………………………...

ΚΙΝΗΤΟ:………………………………….

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:…………………………….

E-mail:………………………………………

**ΠΡΟΣ**

Γραμματεία του ΤΕΕΤ/ΠΔΜ

Παρακαλώ για τη χορήγηση του ενιαίου και αδιάσπαστου τίτλου σπουδών μεταπτυχιακού επιπέδου (integrated master) σύμφωνα με το ΦΕΚ 5259/τ.Β΄/23-11-2018.

 Φλώρινα ……../……./2019

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)