**Ταχ.Δ/νση:** T.K. 50100 Κοίλα Κοζάνης

**Τηλέφωνο :** 2461068292, 2461056201

**Email**: synigorosfoititi@uowm.gr

|  |  |
| --- | --- |
|  **Α Ι Τ Η Σ Η****ΕΠΩΝΥΜΟ……………………………………..****ΟΝΟΜΑ...………..……………………………..****ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ………………………………….****ΣΧΟΛΗ…………..……………………….........****ΤΜΗΜΑ………………………………………….****Α.Μ. ……………………………….……….****Δ/ΝΣΗ …………………………………………..****ΠΟΛΗ……………………………………..........****Τ Κ. ……………………………………...........****ΤΗΛ ……………………………………………..****E-MAIL:………………………………………****ΘΕΜΑ …………………………………………..****……………………………………………………****……………………………………………………**Συνημμένα υποβάλλω :**1)…………………………………………………****2)…………………………………………………****3)…………………………………………………** | Παρακαλώ για τη διαμεσολάβησή σας στο παρακάτω θέμα μου:**…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………****…………………………………………………………***(χρησιμοποιήστε επιπλέον σελίδες, εφόσον χρειάζεται)*  **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ…………………………** **Ο/Η ΑΙΤ…….** **ΥΠΟΓΡΑΦΗ** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | *Παρακαλώ όπως τα ανωτέρω προσωπικά δεδομένα διατηρηθούν με τον χαρακτήρα εμπιστευτικής/απόρρητης πληροφορίας στο γραφείο του Συνηγόρου του Φοιτητή. Παρακαλώ εάν χρειασθεί κοινοποίηση σε προϊσταμένη αρχή, αυτό να γίνει μόνο μετά από σύμφωνη έγγραφη έγκρισή μου.* |