**ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

**ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΜΑΤΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

*(Τρία αντίγραφα)*

|  |
| --- |
| **Μεταπτυχιακός φοιτητής/τρια** |
| **Ονοματεπώνυμο & Πατρώνυμο** |  | **Α.Μ:**  | **Ακαδημαϊκό Έτος:** |
| **Κατεύθυνση/ Ειδίκευση** |  | **Υπογραφή** |  |
| **Τίτλος****διπλωματικής εργασίας** | **Ελληνικός:**  | **Αγγλικός:**  |
| **Επιβλέπων/ουσα** |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Βαθμίδα** | **Υπογραφή** |
|  |  |  |
| **Μέλος τριμελούς επιτροπής** |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Βαθμίδα** | **Υπογραφή** |
|  |  |  |
| **Μέλος τριμελούς επιτροπής** |
| **Ονοματεπώνυμο** | **Βαθμίδα** | **Υπογραφή** |
|  |  |  |

 *(συμπληρώνονται από τη Γραμματεία)*

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία έγκρισης από τη Συντονιστική Επιτροπή  |  |
| Προθεσμία ολοκλήρωσης της διπλωματικής |  |