**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 |  |