|  |  |
| --- | --- |
| **ΤΜΗΜΑ** | **:** |
| **ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ** | **:** |
| **ΠΡΟΣ** | **ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ** |
|  | Ημερομηνία: |
|  | Αρ. Πρωτ.: |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ** | : |
| **Όνομα** | : |
| **Όνομα Πατέρα** | : |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας** | : |
| **E-mail Επικοινωνίας** | : |
| **Εξάμηνο Σπουδών** | : |
| **Αριθμός Μητρώου** | : |

Παρακαλώ να ενεργήσετε για την αναλάβω την εκπόνηση της Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο:

|  |
| --- |
| Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας στην ελληνική γλώσσα |
|  |
|  |
| Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας στην αγγλική γλώσσα |
|  |
|  |
| την οποία έχει προτείνει ως επιβλέπον μέλος ΔΕΠ ο/η:  |
| Ονοματεπώνυμο επιβλέποντος μέλους ΔΕΠ:  |
| (\*) Τμήμα επιβλέποντος μέλους ΔΕΠ:  |
| με προτεινόμενη γλώσσα συγγραφής της ΔΕ την  |  ΕΛΛΗΝΙΚΗ |  ΑΓΓΛΙΚΗ |

|  |  |
| --- | --- |
| (\*\*) Συμφωνώ να αναλάβει την εκπόνηση της ΔΕ ο/η αιτών/ούσα φοιτητής/τρια | Ο/Η Αιτών/ούσα Φοιτητής/τρια |
| (\*\*\*) με συνεπιβλέπον μέλος ΔΕΠ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| Το επιβλέπον μέλος ΔΕΠ / διδάσκων/ουσα |  |
|  | (Ονομ/μο - Υπογραφή) |
|  |  |
| (Ονομ/μο – Υπογραφή) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *(\*)* | *Αν το επιβλέπον μέλος ΔΕΠ ανήκει σε άλλο Τμήμα του ΠΑΔΑ, η απόφαση του Τμήματος Η&ΗΜ για ανάληψη της Δ.Ε. από το φοιτητή θα πρέπει να συνοδεύεται και από τον ορισμό συνεπιβλέποντος μέλους ΔΕΠ από το Τμήμα Η&ΗΜ. Η απόφαση ορισμού συνεπιβλέποντος κοινοποιείται με e-mail στο φοιτητή και υπηρεσιακά στο άλλο Τμήμα.* |
| *(\*\*)* | *Απαιτείται η υπογραφή, προκειμένου να γίνει δεκτή η αίτηση από τη Γραμματεία.* |
| *(\*\*\*)* | *Αν ο/η επιβλέπων/ουσα δεν είναι μέλος ΔΕΠ αλλά διδάσκων/ουσα άλλων κατηγοριών, πρέπει να προτείνει ένα συνεπιβλέπον μέλος ΔΕΠ από το Τμήμα.* |