

**ΑΙΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**  
κατά της διαγραφής από το Τμήμα .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΗΣ**

Επώνυμο:.....  
Όνομα:.....  
Όνομα πατρός:.....  
Τμήμα: .....  
Α.Μ.:.....  
Δ/νση Κατοικίας  
Οδός/ Αριθμός.....  
Πόλη.....Τ.Κ.: .....  
Τηλέφωνο:.....  
Email :.....

**ΠΡΟΣ**

Τη Γραμματεία του Τμήματος.....  
..... του  
Πανεπιστημίου Αιγαίου

Υποβάλλω την παρούσα Αίτηση Θεραπείας κατά της διαγραφής μου από το Τμήμα ..... για την οποία ενημερώθηκα στις..... (ημερομηνία) με το με αριθμ. πρωτ. ....έγγραφο.

Ωστόσο, επικαλούμαι ότι δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις διαγραφής μου για τον εξής λόγο ..... (αιτιολογία) .

Ως εκ τούτου παρακαλώ τη Συνέλευση του Τμήματος να εξετάσει το αίτημά μου εντός αποκλειστικής προθεσμίας εξήντα (60) ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της παρούσας και να αποδεχθεί την Αίτηση Θεραπείας κατά της διαγραφής μου..

, .../.../20....

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα

(υπογραφή)