ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ - ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ** ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Προς τον Υπεύθυνο Παραπόνων του ΠΜΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………………………………………………………......... ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………………………………………………………………………………………......... ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: ………………………………………………………………………………………………………………........ Τηλέφωνο / Κινητό: ………………………………………………………………………………………………………......... e-mail ………………….………………………………………………………………………………………………………...........

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Δηλώνω ότι συναινώ στη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων από τον Υπεύθυνο του ΠΜΣ «ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ» με σκοπό την επεξεργασία της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Θεσσαλονίκη ………………………… Ο/Η ΑΙΤ ……..………………….

*ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΚΡΙΒΗ Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ ΔΕ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ*

**Προσωπικά Δεδομένα**

Το ΠΜΣ αρχειοθετεί και διαχειρίζεται τις πληροφορίες που αφορούν προσωπικά δεδομένα των φοιτητών/τριών σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και τον Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα του ΑΠΘ, προκειμένου να εξασφαλιστεί πλήρως η προστασία των μεταπτυχιακών φοιτητών /τριών.