ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ

Τoυ ....................... , επιβλέποντος της μεταπτυχιακής εργασίας του/της μεταπτυχιακού/ής φοιτητή/τριας.......................................... του Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Υπηρεσίες Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

**Θέμα: Αίτηση παράτασης χρόνου διεκπεραίωσης μεταπτυχιακής εργασίας**

 Ηράκλειο, / / 2023

**Προς**

**τη Συντονιστική Επιτροπή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Υπηρεσίες Υγείας**»**

Παρακαλώ για την παράταση ενός ακαδ. εξαμήνου του χρόνου εκπόνησης της μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

λόγω .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................