**Έντυπο Υποβολής Παραπόνων και Ενστάσεων**

Αρ. Πρωτ. & Ημ/νία  
*(Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία)*

Προς: Τμήμα Ιατρικής  
Γραμματεία Μεταπτυχιακών Σπουδών, [pms\_info@med.duth.gr](mailto:pms_info@med.duth.gr)

Κοιν. Γραμματεία ΔΠΜΣ Βιοϊατρικής Πληροφορικής, [bmi@med.duth.gr](mailto:bmi@med.duth.gr) | [bmi@athenarc.gr](mailto:bmi@athenarc.gr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Συμπληρώστε τα ακόλουθα υποχρεωτικά πεδία και υποβάλετε το παρόν στην ηλεκτρονική διεύθυνση:** [**pms\_info@med.duth.gr**](mailto:pms_info@med.duth.gr) **με κοινοποίηση σε** [**bmi@med.duth.gr**](mailto:bmi@med.duth.gr) **|** [**bmi@athenarc.gr**](mailto:bmi@athenarc.gr) | | |
| Επώνυμο |  | |
| Όνομα |  | |
| Ιδιότητα | Μεταπτυχιακός Φοιτητής/τρια | |
| ΑΜ |  | |
| Έτος σπουδών |  | |
| Τηλέφωνο |  | |
| Email |  | |
| To παράπονο αφορά: | | |
| Φοιτητικά θέματα  Θέματα σπουδών  Θέματα σίτισης  Θέματα στέγασης  Θέματα επικοινωνίας  Σχέσεις με εκπαιδευτικό προσωπικό  Προσωπικά δεδομένα  Άλλο | | |
| **Διατυπώστε με συντομία και σαφήνεια το πρόβλημα που αντιμετωπίσατε ή το παράπονό σας** | | |
|  | | |
| **Υπεύθυνες δηλώσεις** | | |
| Δηλώνω ότι συναινώ ρητά και ανεπιφύλακτα στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για τον σκοπό της διαχείρισης του παρόντος παραπόνου | |  |
| Κατανοώ ότι θα διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα της επικοινωνίας, όπως προβλέπεται στον Εσωτερικό Κανονισμό του ΔΠΘ και στην ισχύουσα νομοθεσία | |  |
| Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση του Οδηγού Σπουδών καθώς και τους γενικούς κανόνες λειτουργίας του Πανεπιστημίου και γνωρίζω με σαφήνεια τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις μου | |  |
| Έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων  <https://bmi.med.duth.gr/wp-content/uploads/2024/10/Privacy-Policy.pdf> | |  |

Ημερομηνία:

Υπογραφή