**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ «ΑΣΚΗΣΗ - ΕΥΡΩΣΤΙΑ - ΥΓΕΙΑ»**

Οι φοιτητές/-τριες που παρακολουθούν την ειδίκευση «Άσκηση - Ευρωστία - Υγεία» και επιθυμούν

* να αναλάβουν θέμα πτυχιακής εργασίας (για πρώτη φορά)
* να αλλάξουν ή να τροποποιήσουν θέμα πτυχιακής εργασίας ή
* να συνεχίσουν την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας σε θέμα που έχουν αναλάβει σε προηγούμενο ακαδημαϊκό έτος

(εξαιρούνται όσοι φοιτητές/τριες κατέθεσαν σχετική αίτηση το χειμερινό εξάμηνο του τρέχοντος Ακαδημαϊκού Έτους)

καλούνται να υποβάλλουν τη σχετική ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ακολουθεί στη επόμενη σελίδα), υπογεγραμμένη από τον επιβλέποντα/-ουσα καθηγητή/-τρια, στον Συντονιστή της ειδίκευσης «Άσκηση - Ευρωστία - Υγεία» Αναπ. Καθηγητή Δ. Μανδαλίδη.

Σημειώνεται ότι το υπό εκπόνηση θέμα πτυχιακής εργασίας θα πρέπει να σχετίζεται με τα αντικείμενα που διδάσκονται στην ειδίκευση «Άσκηση - Ευρωστία - Υγεία» ανεξάρτητα από το εάν ο/η επιβλέπων/-ουσα την πτυχιακή εργασία καθηγητής/-τρια διδάσκει στον Τομέα Αθλητιατρικής και Βιολογίας της Άσκησης.

Για την εκπόνηση πτυχιακών εργασιών με καθηγητές/-τριες που δεν διδάσκουν στον Τομέα Αθλητιατρικής και Βιολογίας της Άσκησης απαιτείται σχετική άδεια από τον οικείο Τομέα.

Όλες οι αιτήσεις θα πρέπει να υποβληθούν δια ζώσης στο εργαστήριο Αθλητικής Φυσικοθεραπείας ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση ([dmndldis@phed.uoa.gr](mailto:dmndldis@phed.uoa.gr)) το αργότερο μέχρι την Τετάρτη 13/03/2024, και ώρα 14:00 μμ.

Δ. Μανδαλίδης, Αναπ. Καθηγητής

Συντονιστής της ειδίκευσης «Άσκηση – Ευρωστία – Υγεία»



**Δάφνη ……/11/2023**

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: **ΑΣΚΗΣΗ -ΕΥΡΩΣΤΙΑ -ΥΓΕΙΑ**

e-mail: ……………………………………Tηλ:…………………………………………………..

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

O/Η φοιτητής/τρια

με Α.Μ.…………………………………………………….…………………………… …………….

Θα εκπονήσει την πτυχιακή του/της εργασία:

α) ως μοναδικός/ή συγγραφέας ΝΑΙ

β) σε συνεργασία ΝΑΙ

με τίτλο……………………………………………………………………………………….….........

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

και η οποία θα υλοποιηθεί υπό την επίβλεψη του/της

……………………………………………………………………………………………………….

Ο/Η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια