**Παράρτημα ΙΙ**

# Υπεύθυνη Δήλωση Λογοκλοπής

**Στοιχεία Υποψήφιου Πτυχιούχου**

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ: | **Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος ΟΔΕ του Πανεπιστημίου Μακεδονίας** |
| Όνομα: |  |
| Επώνυμο: |  |
| Αριθμός Φοιτητικού Μητρώου: |  |
| Τηλέφωνο: |  |
| Κινητό: |  |
| Δ/νση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (Ε-mail): |  |

**Υπεύθυνη Δήλωση**

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 3 (Υποχρεώσεις Φοιτητών) του άρθρου 5 (Λειτουργία Προγράμματος Σπουδών) του Κανονισμού του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι για τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας δεν θα προβώ στη χρήση ιδεών, μεθόδων και αποτελεσμάτων ή αντιγραφή μέρους εργασιών άλλων επιστημόνων χωρίς αναφορά σ αυτούς στη διπλωματική τους εργασία ή σε άλλες εργασίες.**

**Ημερομηνία: / /**

**Ο/Η Δηλούσα**

**(Υπογραφή)**