



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ:.....

.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ

.....

**Περί εισαγωγής μου στην Ιατρική Σχολή
του Πανεπιστημίου Αθηνών**

ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΘΕΣΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ, ΤΡΙΤΕΚΝΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΩΝ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ
ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ

2014-2015

(Ν. 4264/2014 ΦΕΚ 118 τ. Α΄, Ν. 4301/2014 ΦΕΚ 223 τ. Α΄ και
ΥΠ. ΑΠΟΦ ΦΙ/161753/Β3 (ΦΕΚ 2665/8-10-2014 τ.Β΄)

Προς: Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Αθηνών

Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για
τη μεταφορά της θέσης εισαγωγής μου από
.....
στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Δικαιολογητικά:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

.....
.....
.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά που
προσκομίζω είναι γνήσια.

Με τιμή

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(Υπογραφή)

