



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

## Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....  
ΟΝΟΜΑ : .....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....  
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....  
.....  
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....  
.....  
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: .....  
Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....  
E-mail: .....

Προς

Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

Αιτούμαι της συμμετοχής μου στις κατατακτήριες  
εξετάσεις της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου  
Αθηνών για το ακαδημαϊκό έτος 2015-2016,  
επισυνάπτοντας τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1) Αντίγραφο Πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης  
σπουδών (Προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού  
συνυποβάλλεται και βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους  
από τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων  
Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.) ή από το  
όργανο που έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης του τίτλου  
σπουδών).
- 2) Φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής  
ταυτότητας (απαραίτητη η επίδειξη του πρωτοτύπου).
- 3) Δύο φωτογραφίες «τύπου» αστυνομικής  
ταυτότητας.

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά που  
προσκομίζω είναι γνήσια.**

Ο/Η Δηλών/ ούσα

(υπογραφή)