



ΑΙΤΗΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΓΙΑ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ – ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Του/της φοιτητή/τριας των _____ - _____ εξαμήνων
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2018-2019**.

Μάθημα: _____

Επιτρέπουμε στον/στην φοιτητή/ φοιτήτρια _____
με αρ. μητρώου _____ να ασκηθεί για το ____ και ____ εξάμηνο Ακαδημαϊκού έτους
2018-2019 στην _____ κλινική μας ως υπεράριθμος/η.

Η άσκηση του/της παραπάνω φοιτητή/φοιτήτριας θα γίνει στην κλινική μας, **μόνο αν υπάρξει και η
έγκριση του καθηγητή** της κλινικής στην οποία ο/η φοιτητής/τρια είναι εγγεγραμμένος-η.

Αθήνα / / 2018

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

Επιτρέπουμε στον/στην φοιτητή/φοιτήτρια _____
με αρ. μητρώου _____ να διαγραφεί από τα μητρώα της _____
_____ κλινικής και να
ασκηθεί στην _____ κλινική.

Αθήνα / / 2018

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

Σφραγίδα και έγκριση
Από την Γραμματεία

Σημείωση: Η ανωτέρω αλλαγή αφορά στο ακαδ. έτος 2018-2019.
Η πρώτη εξεταστική που μπορεί να συμμετέχει ο φοιτητής είναι η
χειμερινή 2018-2019.