



## ΑΙΤΗΣΗ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Των φοιτητών των \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ εξαμήνων  
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών  
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2018-2019**

**Μάθημα:** \_\_\_\_\_

A) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A.M. \_\_\_\_\_

Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΡΟΣ:**

B) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A.M. \_\_\_\_\_

Τηλ \_\_\_\_\_

Τον Δ/ντή της \_\_\_\_\_

Κλινικής, Καθηγητή κον \_\_\_\_\_

ΚΑΙ

Τον Δ/ντή της \_\_\_\_\_

Κλινικής, Καθηγητή κον \_\_\_\_\_

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή/τριας:

\_\_\_\_\_ με A.M. \_\_\_\_\_ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της

\_\_\_\_\_ Κλινικής και θέλει να εγγραφεί

στα μητρώα της \_\_\_\_\_

Υπογραφή και Σφραγίδα Καθηγητή

Σφραγίδα Κλινικής

\_\_\_\_\_ Κλινικής

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή /τριας:

\_\_\_\_\_ με A.M. \_\_\_\_\_ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της

\_\_\_\_\_ Κλινικής και θέλει να

εγγραφεί στα μητρώα της \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Κλινικής

Υπογραφή και Σφραγίδα Καθηγητή

Σφραγίδα Κλινικής

Αθήνα, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

**Υπογραφές και ονοματεπώνυμο Φοιτητών**

A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_