



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
ΜΕΤΕΓΓΡΑΦΗΣ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

**Υπαγομένων στις περιπτώσεις εκτός
ποσοτικού περιορισμού
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ
2018-2019**

**Προς: Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Αθηνών**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ:.....

.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ

.....

Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά
για τη μετεγγραφή μου από την Ιατρική Σχολή
του
στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά που
προσκομίζω είναι γνήσια.

Με τιμή

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(Υπογραφή)