



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)