



ΑΙΤΗΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΓΙΑ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ – ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Του/της φοιτητή/τριας των _____ - _____ εξαμήνων
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2019-2020**.

Μάθημα: _____

Επιτρέπουμε στον/στην φοιτητή/ φοιτήτρια _____

με αρ. μητρώου _____ να ασκηθεί για το ____ και ____ εξάμηνο Ακαδημαϊκού έτους
2019-2020 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 / / 2019

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 / / 2019

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

Σφραγίδα και έγκριση
Από την Γραμματεία

Σημείωση: Η ανωτέρω αλλαγή αφορά στο ακαδ. έτος 2019-2020.
Η πρώτη εξεταστική που μπορεί να συμμετέχει ο φοιτητής είναι η
χειμερινή 2019-2020.