



ΑΙΤΗΣΗ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Των φοιτητών των _____ - _____ εξαμήνων
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2019-2020**

Μάθημα: _____

A) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ.: _____

B) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ _____

ΠΡΟΣ:

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 _____ Κλινικής

Υπογραφή και Σφραγίδα Καθηγητή
Σφραγίδα 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, ____/____/2019

Υπογραφές και ονοματεπώνυμο Φοιτητών

A) _____ B) _____