



ΑΙΤΗΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΓΙΑ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ – ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Του/της φοιτητή/τριας των _____ - _____ εξαμήνων
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2014-2015**.

Μάθημα: _____

Επιτρέπουμε στον/στην φοιτητή/ φοιτήτρια _____
με αρ. μητρώου _____ να ασκηθεί για το ____ και ____ εξάμηνο Ακαδημαϊκού έτους 2014-2015
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 / / 2014

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 / / 2014

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

Σημείωση: Η ανωτέρω αλλαγή αφορά στο ακαδ. έτος 2014-2015.

Η πρώτη εξεταστική που μπορεί να συμμετέχει ο φοιτητής είναι η
χειμερινή 2014-2015.

Σφραγίδα και έγκριση
Από την Γραμματεία