



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικών και Καποδιστριακών  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Προς

Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

## Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....

.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: .....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....

E-mail: .....

Αιτούμαι της συμμετοχής μου στις κατατακτήριες εξετάσεις της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017, επισυνάπτοντας τα κάτωθι δικαιολογητικά:

1) Αντίγραφο Πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης σπουδών (Προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού συνυποβάλλεται και βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους από τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.) ή από το όργανο που έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης του τίτλου σπουδών).

2) Φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας (απαραίτητη η επίδειξη του πρωτοτύπου).

3) Δύο φωτογραφίες «τύπου» αστυνομικής ταυτότητας (το ονοματεπώνυμο του υποψηφίου πρέπει να αναγράφεται στην πίσω όψη).

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά που προσκομίζω είναι γνήσια.**

ΣΧΟΛΗ/ ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:

.....

.....

Ο/Η Δηλών/ ούσα

(υπογραφή)