ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:……..
ΟΝΟΜΑ:……
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:……..
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:…….
…….
ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:…….....
…….
Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:…….

Προς: Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την εισαγωγή μου στην Ιατρική Σχολή του Παν/μίου Αθηνών, με την κατηγορία «**ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ – ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ Ή ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΚΡΑΤΩΝ-ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε.» για το ακαδημαϊκό έτος 2018-2019** και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά είναι γνήσια.

Με τιμή
Ο / Η Αιτ……. και Δηλ…….

(Υπογραφή)