



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:

.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

E-mail:

ΣΧΟΛΗ/ ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:

.....

.....

Προς

Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

Αιτούμαι της συμμετοχής μου στις κατατακτήριες εξετάσεις της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για το ακαδημαϊκό έτος 2018-2019, επισυνάπτοντας τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1) Αντίγραφο Πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης σπουδών (Προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού συνοποβάλλεται 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.

Ο/Η Δηλών/ ούσα

(υπογραφή)