



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΠΡΟΣ: την Γενική Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής**

**Α Ι Τ Η Σ Η**

Παρακαλώ να με απαλλάξετε από την  
υποχρέωση εξέτασής μου στα μαθήματα  
του Τομέα:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ.....  
ΟΝΟΜΑ.....  
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ.....  
ΕΤΟΣ ΑΡΧ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ.....  
ΕΞΑΜΗΝΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ.....  
ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ.....  
ΤΡΟΠΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ.....  
ΣΧΟΛΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ.....  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....  
E-MAIL.....

1).....  
2).....  
3).....  
4).....  
5).....  
6).....  
7).....  
8).....  
9).....  
10).....

Επειδή εξετάστηκα με επιτυχία σε αντίστοιχα  
μαθήματα στη Σχολή Προέλευσης.

**Με τιμή  
Ο/Η Αιτ.....**

**ΑΘΗΝΑ** ...../...../.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**Συνημ. Α.** Αναλυτικό πιστοποιητικό σπουδών της σχολής προέλευσης. **Β.** Αναλυτική ύλη των εξετασθέντων στη σχολή προέλευσης μαθημάτων με τις ώρες διδασκαλίας τους. **Γ.** Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 ότι «τα μαθήματα στα οποία εξετάσθηκα με επιτυχία στη σχολή προέλευσης και ζητώ την αναγνώρισή τους δεν επαναλαμβάνονται σε επόμενα εξάμηνα – έτη του Προγράμματος Σπουδών της σχολής προέλευσης». **Δ.** Κάθε αίτηση υποβάλλεται ξεχωριστά ανά Τομέα με τα μαθήματα που ανήκουν σε αυτόν. **Ε.** Οι φοιτητές μπορούν να αιτηθούν την αναγνώριση μαθημάτων του τρέχοντος εξαμήνου/έτους σπουδών τους καθώς και μαθημάτων προηγούμενων εξαμήνων/ετών (σύμφωνα με το πρόγραμμα σπουδών που ακολουθούν).