



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**Α Ι Τ Η Σ Η**

**για την μεταφορά θέσεων φοίτησης μόνιμα υπηρετούντων στις Ένοπλες Δυνάμεις και  
στα Σώματα Ασφαλείας**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

**Προς: Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου**

ΟΝΟΜΑ:.....

**Αθηνών**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά

.....

για τη μεταφορά της θέσης φοίτησης μου στην Ιατρική

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:.....

Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών από την Ιατρική

.....

Σχολή .....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

σύμφωνα με την Υ.Α. 143456/Ζ1/16 - 9 - 2015 (ΦΕΚ

2011 τ. Β') και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά  
που καταθέτω είναι γνήσια.

**Με τιμή**

**Ο / Η Αιτ.....**

(Υπογραφή)

**Συνημμένα :**