



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

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, σύμφωνα με την εγκύκλιο Φ.152/146360/Α5/20-9-2019 με την ειδική κατηγορία των «ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ – ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ ΕΚΤΟΣ Ε.Ε. ΚΑΙ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ Ή ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΚΡΑΤΩΝ-ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε.» για το ακαδημαϊκό έτος 2019-2020 και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά είναι γνήσια.

Με τιμή

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(Υπογραφή)