

ΑΜΟΙΒΑΙΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Των φοιτητών των 9^{ου} – 10^{ου} εξαμήνων ακαδημαϊκού έτους 2014-2015

Η αίτηση αρχικά εγκρίνεται και υπογράφεται από τους δύο Δ/ντές Καθηγητές των Κλινικών και στη συνέχεια οι δύο φοιτητές **(είναι απαραίτητη η παρουσία και των 2 (δύο) φοιτητών ή νομίμως εξουσιοδοτημένων ατόμων)** την προσκομίζουν, μαζί με τέσσερα φωτοαντίγραφα της, στη Γραμματεία της Ιατρικής Σχολής (κατά τις ημέρες που η Σχολή δέχεται το κοινό) έως και την 31^η Δεκεμβρίου 2014. Στη συνέχεια οι φοιτητές προσκομίζουν στις Γραμματείες των Κλινικών από ένα επικυρωμένο αντίγραφο και κρατούν το άλλο στο αρχείο τους (μέχρι την επιτυχή βαθμολόγησή τους στο μάθημα).

Μετά την 31^η Δεκεμβρίου 2014 δε θα γίνονται δεκτές αιτήσεις για αλλαγές κλινικών.



ΑΙΤΗΣΗ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Των φοιτητών των _____ - _____ εξαμήνων
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2014-2015**

Μάθημα: _____

A) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ.: _____

ΠΡΟΣ:

B) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής, Καθηγητή κον _____

ΚΑΙ

A.M. _____

Τον Δ/ντή της _____

Τηλ _____

Κλινικής, Καθηγητή κον _____

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή/τριας:

_____ με A.M. _____ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της
_____ Κλινικής και θέλει να εγγραφή
στα μητρώα της _____

Υπογραφή και Σφραγίδα Καθηγητή
Σφραγίδα Κλινικής

_____ Κλινικής

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή /τριας:

_____ με A.M. _____ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της
_____ Κλινικής και θέλει να
εγγραφή στα μητρώα της _____
_____ Κλινικής

Υπογραφή και Σφραγίδα Καθηγητή
Σφραγίδα Κλινικής

Αθήνα, ____/____/2014

Υπογραφές και ονοματεπώνυμο Φοιτητών

A) _____ B) _____