



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ:.....

.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

**Προς: Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Αθηνών**

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά
για τη **μεταφορά της θέσης φοίτησης μου** στην Ιατρική
Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών από την Ιατρική
Σχολή
**σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 143458/Z1/16
Σεπτεμβρίου 2015 (ΦΕΚ 2011 τ. Α') υπουργική
απόφαση για το ακαδημαϊκό έτος 2015-2016 και δηλώνω
υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά είναι γνήσια.**

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

1. Πιστοποιητικό Σπουδών ή βεβαίωση εγγραφής στο Τμήμα επιτυχίας,
2. Πρόσφατο πιστοποιητικό υπηρεσιακών μεταβολών, στο οποίο θα αναγράφεται η πόλη όπου υπηρετώ ή πρόσφατη βεβαίωση από το καθ' ύλην αρμόδιο όργανο, και
3. Ευκρινές φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.

Με τιμή

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(Υπογραφή)

