



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Προς

Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....

.....

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την εγγραφή μου στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών με την ειδική κατηγορία **ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις**, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν. 3794/2009 (Φ.Ε.Κ 156/τ.Α') όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την παρ. 24 του άρθρου 39 του Ν. 4186/2013 (ΦΕΚ 193/τ.Α') και με την παρ. 2 του άρθρου έκτου του Ν. 4218/2013 (ΦΕΚ 268/τ.Α'), καθώς και με το άρθρο 7 του Ν. 4283/2014 (ΦΕΚ 189 τ.Α') και τροποποιήθηκε με τις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 13 του Ν. 4452/2017 (ΦΕΚ17/τ.Α') καθώς και το άρθρο 108 του Ν.4547/2018 (ΦΕΚ102τ.Α') για το ακαδημαϊκό έτος **2020-2021**.

Ο/Η Δηλών/ ούσα

(υπογραφή)