

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ :

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:

.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ :

E-mail:

Προς

Την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

Αιτούμαι της συμμετοχής μου στις κατατακτήριες εξετάσεις της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για το ακαδημαϊκό έτος 2020-2021, επισυνάπτοντας τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1) Αντίγραφο Πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης σπουδών*
- 2) Φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας/διαβατηρίου**
- 3) Δύο φωτογραφίες «τύπου» αστυνομικής ταυτότητας***

ΣΧΟΛΗ/ ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:

.....

.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά που προσκομίζω είναι γνήσια.

Ο/Η Δηλών/ ούσα

(υπογραφή)

* Προκειμένου για πτυχιούχους Πανεπιστημίου της αλλοδαπής συνυποβάλλεται βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους από τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.) ή από το όργανο που έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης του τίτλου σπουδών.

** Κατά την κατάθεση κρίνεται απαραίτητη η επίδειξη του πρωτοτύπου.

*** Το ονοματεπώνυμο του υποψηφίου πρέπει να αναγράφεται στην πίσω όψη.

