



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



Α Ι Τ Η Σ Η

Προς: την Ιατρική Σχολή
του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

EMAIL:

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 (ΦΕΚ 17/τ.Α') καθώς και το άρθρο 108 του Ν.4547/2018 (ΦΕΚ 102/τ.Α') για το ακαδημαϊκό έτος 2021-2022 και δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία και δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή.

Συνημμένα :

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(υπογραφή)