**ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ :…………………………………………………………

OΝΟΜΑ :…………………………………………………………

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :…………………………………………………………

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ :…………………………………………………………

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:…………………………………………………….

…………………………………………………………………………………

ΑΡ.ΤΗΛΕΦΩΝΩΝ:……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:…………………………………………………….

Α.Δ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ:…………………………………………………….

E-MAIL :…………………………………………………………

**ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**

**ΜΕΤΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

**Κατόπιν μοριοδότησης με οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2021-2022**

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

Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για τη μετεγγραφή μου από την Ιατρική Σχολή του:…..……………………………………………………………………

στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιστοποιητικά που προσκομίζω είναι γνήσια.

Με τιμή

Ο/Η Αιτών…………………………..και Δηλ…………………

(Υπογραφή)