



ΑΙΤΗΣΗ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Των φοιτητών του 10^{ου} εξαμήνου (για το ακ. έτος 2022-2023)

Των φοιτητών του 11^{ου} - 12^{ου} εξαμήνου (για το ακ. έτος 2023-2024)

της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Μάθημα: _____

A) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ. _____

Ηλ. Δ/νση _____

ΠΡΟΣ :

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής Καθηγητή/τρια κ. _____

ΚΑΙ

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής Καθηγητή/τρια κ. _____

B) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ. _____

Ηλ. Δ/νση _____

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή /τριας

με Α.Μ. _____ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της

_____Κλινικής και θέλει να εγγραφεί

στα μητρώα της _____ Κλινικής.

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

(ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή /τριας

με Α.Μ. _____ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της

_____Κλινικής και θέλει να εγγραφεί

στα μητρώα της _____ Κλινικής.

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

(ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Αθήνα, ____/____/202

Σφραγίδα και έγκριση

Από την Γραμματεία

Αθήνα, ____/____/202

Υπογραφές και ονοματεπώνυμο Φοιτητών

A) _____ B) _____