



ΑΙΤΗΣΗ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Των φοιτητών του

8^{ου} εξαμήνου (για το ακ. έτος 2022-2023) - 9^{ου} εξαμήνου (για το ακ. έτος 2023-2024)
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Μάθημα: _____

Α) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

Α.Μ. _____
Τηλ. _____
Ηλ. Δ/νση _____

ΠΡΟΣ :

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής Καθηγητή/τρια κ. _____

ΚΑΙ

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής Καθηγητή/τρια κ. _____

Β) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

Α.Μ. _____
Τηλ. _____
Ηλ. Δ/νση _____

Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε 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 εγκρίνετε 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

Α) _____ Β) _____