



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: Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα
ΟΝΟΜΑ: δικαιολογητικά για την εγγραφή μου στην Ιατρική
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών με την ειδική
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: κατηγορία ατόμων που πάσχουν από σοβαρές
..... ασθένειες, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 35
ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ: του Ν. 3794/2009 (Φ.Ε.Κ 156/τ.Α') όπως
..... τροποποιήθηκε και ισχύει, για το ακαδημαϊκό έτος
Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: 2023-2024 και δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα
EMAIL: στοιχεία και δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή.

Συνημμένα :

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(υπογραφή)