



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ :
Επώνυμο :
Όνομα :
Όν. Πατρός :
Όν. Μητρός :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Έτος εγγραφής :
Τρόπος εγγραφής :
Ημερομηνία εγγραφής :
Εξάμηνο εγγραφής :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ (ΛΥΚΕΙΟ)

Σχολείο :
Έτος :
Ημερομηνία :
Βαθμός απολ. :
Αρ. Απολυτηρίου :

ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ

Χώρα :
Νομός :
Δήμος :
Πόλη :
Τ.Κ. :
Διεύθυνση :
Αρ. Τηλεφώνου :

ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ

Δήμος :
Περιοχή :
Διεύθυνση :
Τ.Κ. :
Αρ. Τηλεφώνου :
Αρ. Κιν. Τηλεφ. :
Δ/νση ηλεκ. ταχ. :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Χώρα :
Νομός :
Δήμος :
Εθνικότητα :
Υπηκοότητα :

ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟ

Δήμος :
Αριθμός Δημοτολογίου :

ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ

Νομός :
Δήμος :
Πόλη :
Αριθμός μητρώου :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Αριθμός :
Ημ/νία Έκδοσης :
Εκδούσα Αρχή :
Ημ/νία γέννησης :

Δήλωση:

Επιθυμώ/ Δεν επιθυμώ * την ενημέρωση των γονέων μου επί της πορείας των σπουδών μου καθώς και τη δυνατότητα να παραλαμβάνουν αντ' εμού πιστοποιητικά από τη Γραμματεία της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η δήλωσή μου αυτή ισχύει έως την αποφοίτησή μου από τη Σχολή.

(*διαγράφεται αναλόγως)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /202
Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)