



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΑΙΤΗΣΗ

Προς: την Ιατρική Σχολή  
του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ : .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ : .....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: .....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....

.....

ΑΔ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: .....

E-mail: .....

Αιτούμαι της συμμετοχής μου στις κατατακτήριες εξετάσεις της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για το ακαδημαϊκό έτος **2023-2024**, επισυνάπτοντας τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1) Αντίγραφο Πτυχίου ή πιστοποιητικό περάτωσης σπουδών\*
- 2) Ευκρινές φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας/διαβατηρίου
- 3) Μία (1) φωτογραφία «τύπου» αστυνομικής ταυτότητας

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία και δικαιολογητικά είναι ακριβή και αληθή.

Αθήνα, ..... / 11 / 2023

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

ΣΧΟΛΗ/ ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:

.....  
.....  
.....  
.....

(υπογραφή)

\* Προκειμένου για πτυχιούχους Πανεπιστημίου της αλλοδαπής συνυποβάλλεται βεβαίωση ισοτιμίας του τίτλου σπουδών τους από τον Διεπιστημονικό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.) ή από το όργανο που έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης του τίτλου σπουδών.