



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

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 **2024-2025**,
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.

ΣΧΟΛΗ/ ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:

.....

.....

.....

.....

Αθήνα, / 11 / 2024

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

(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.