



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

Προς: Την Ιατρική Σχολή
του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

E-MAIL:

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά προς έλεγχο, προκειμένου να εγκριθεί και να ολοκληρωθεί η εγγραφή μου στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σύμφωνα με την εγκύκλιο Φ.152/117735/Α5/09-09-2026 με την ειδική κατηγορία των «ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ – ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ ΕΚΤΟΣ Ε.Ε. ΚΑΙ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ Η ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΚΡΑΤΩΝ-ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε.» για το ακαδημαϊκό έτος 2026-2027.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα συνημμένα πιστοποιητικά είναι γνήσια.

Με τιμή

Συνημμένα :

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

Υπογραφή