



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

για τη μεταφορά θέσεων φοίτησης μόνιμα υπηρετούντων
στις Ένοπλες Δυνάμεις και στα Σώματα Ασφαλείας

Προς: Την Ιατρική Σχολή
του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα
δικαιολογητικά για τη μεταφορά της θέσης
φοίτησής μου στην Ιατρική Σχολή του
Πανεπιστημίου Αθηνών από την Ιατρική Σχολή
.....

σύμφωνα με την Υ.Α. 143458/Ζ1/16 - 9 - 2015
(ΦΕΚ 2011 τ. Β') και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα
πιστοποιητικά που καταθέτω είναι γνήσια.

Με τιμή

Συνημμένα :

Ο / Η Αιτ.....

(Υπογραφή)