



ΑΙΤΗΣΗ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Των φοιτητών των _____ - _____ εξαμήνων
της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
για το Ακαδημαϊκό Έτος **2020-2021**

Μάθημα: _____

A) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ.: _____

B) ΦΟΙΤΗΤΗΣ /ΤΡΙΑ

A.M. _____

Τηλ _____

ΠΡΟΣ:

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής, Καθηγητή/τρια κ. _____

ΚΑΙ

Τον Δ/ντή της _____

Κλινικής, Καθηγητή/τρια κ. _____

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή/τριας:

με A.M. _____ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της

_____ Κλινικής και θέλει να εγγραφεί

στα μητρώα της _____ Κλινικής

(ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Παρακαλούμε όπως εγκρίνεται την αμοιβαία αλλαγή του/της φοιτητή /τριας:

με A.M. _____ που είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα της

_____ Κλινικής και θέλει να

εγγραφεί στα μητρώα της _____ Κλινικής

(ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Αθήνα, ____/____/2020

Υπογραφές και ονοματεπώνυμο Φοιτητών

A) _____ B) _____

Σφραγίδα και έγκριση
Από την Γραμματεία