



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

**ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ : .....  
Επώνυμο : .....  
Όνομα : .....  
Όν. Πατρός : .....  
Όν. Μητρός : .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

Έτος εγγραφής : .....  
Τρόπος εγγραφής : .....  
Ημερομηνία εγγραφής : .....  
Εξάμηνο εγγραφής : .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ (ΛΥΚΕΙΟ)**

Σχολείο : .....  
Έτος : .....  
Ημερομηνία : .....  
Βαθμός απολ. : .....  
Αρ. Απολυτηρίου : .....

**ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ**

Χώρα : .....  
Νομός : .....  
Δήμος : .....  
Πόλη : .....  
Τ.Κ. : .....  
Διεύθυνση : .....  
Αρ. Τηλεφώνου : .....

**ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ**

Δήμος : .....  
Περιοχή : .....  
Διεύθυνση : .....  
Τ.Κ. : .....  
Αρ. Τηλεφώνου : .....  
Αρ. Κιν. Τηλεφ. : .....  
Δ/νση ηλεκ. ταχ. : .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**

Χώρα : .....  
Νομός : .....  
Δήμος : .....  
Εθνικότητα : .....  
Υπηκοότητα : .....

**ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟ**

Δήμος : .....  
Αριθμός Δημοτολογίου : .....

**ΜΗΤΡΩΟ ΑΡΡΕΝΩΝ**

Νομός : .....  
Δήμος : .....  
Πόλη : .....  
Αριθμός μητρώου : .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

Αριθμός : .....  
Ημ/νία Έκδοσης : .....  
Εκδούσα Αρχή : .....  
Ημ/νία γέννησης : .....

**Δήλωση:**

Επιθυμώ/ Δεν επιθυμώ \* την ενημέρωση των γονέων μου επί της πορείας των σπουδών μου καθώς και τη δυνατότητα να παραλαμβάνουν αντ' εμού πιστοποιητικά από τη Γραμματεία της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η δήλωσή μου αυτή ισχύει έως την αποφοίτησή μου από τη Σχολή.

(\*διαγράφεται αναλόγως)

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /202  
Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)