**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ Ημερομηνία:**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ Αριθμός βεβαίωσης:**

Ταχ. Διεύθυνση: Πανεπιστημιούπολη,

26500 Ρίο – Πάτρα

Τηλ. Επικοινωνίας: 2610 969 169

Email: secretary@med.upatras.gr

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΙΝΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΣΙΤΙΣΗΣ

Ονοματεπώνυμο:

-πατρώνυμο .....................................................................................

Αριθμός Μητρώου: .....................................................................................

Τμήμα Φοίτησης: .....................................................................................

Τόπος σίτισης: .....................................................................................

Τόπος κατοικίας: .......................................................................................

Ώρες προβλεπόμενης προσέλευσης στο χώρο σίτισης : α)

 β)

 γ)

Χρονικό διάστημα ισχύος της βεβαίωσης

Ο Προϊστάμενος της Γραμματείας

Του Ιδρύματος ή του Τμήματος