**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ Ημερομηνία:**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ Αριθμός βεβαίωσης:**

Ταχ. Διεύθυνση: Πανεπιστημιούπολη,

26500 Ρίο – Πάτρα

Τηλ. Επικοινωνίας: 2610 969 169

Email: [secretary@med.upatras.gr](mailto: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