|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| *up_2017_logo_gr.jpg****Α Ι Τ Η Σ Η******ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………..******ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………….******ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………………….******ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: ………………………………………..******ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (για την αποστολή πτυχίου):******………………. …………………………………………….******…………… …………………………………………….******………………. …………………………………………….******ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ:*** ***………………………………………………******e-mail : ………………………………………………………******Πάτρα, ……………………………………………………….******Συνημμένα σας υποβάλλω****:* *α. Φοιτητική ταυτότητα**β. Πάσο**γ. Βιβλιάριο Υγείας (εάν υπάρχει)* |

 | ***ΠΡΟΣ****: Γραμματεία Ιατρικού Τμήματος* *Πανεπιστημίου Πατρών****Ενταύθα****Σας γνωρίζω ότι έχω εκπληρώσει τις υποχρεώσεις μου σ΄ όλα τα μαθήματα του Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος και παρακαλώ να με δεχθείτε στην προσεχή ορκωμοσία.**Επίσης σας παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε:* *Ένα (1) αντίγραφο πτυχίου**‘Ενα (1) πιστοποιητικό πτυχιούχου**΄Ενα (1) πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας.****Ο/Η Αιτ…………….*** |