|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | *up_2017_logo_gr.jpg*  ***Α Ι Τ Η Σ Η***  ***ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………..***  ***ΟΝΟΜΑ: ………………………………………………….***  ***ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………………….***  ***ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: ………………………………………..***  ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: …………………………………………….***  ***ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………………………………***  ***e-mail : ………………………………………………………***  ***Πάτρα, ……………………………………………………….***  ***Δήλωση****:*  *Δηλώνω ότι παρέλαβα από τη Γραμματεία του Τμήματος, το Πρωτότυπο Απολυτήριο Μ.Ε. εφόσον το είχα καταθέσει κατά την εγγραφή μου.* | | ***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.*  *Παράρτημα Διπλώματος (στην ελληνική και αγγλική γλώσσα).*  ***Ο/Η Αιτ…………….*** |