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

|  |
| --- |
| *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…………….*** |
|  |  |

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