

ΑΙΤΗΣΗ

Έκδοσης Πιστοποιητικού

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Α.Δ.Τ.:

ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ (οδός, αριθμός, περιοχή, Τ.Κ., νομός):...

.....

.....

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:.....

EMAIL:

ΙΔΙΟΤΗΤΑ:

A) ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ προγράμματος σπουδών:

- ☐ Προπτυχιακό, Εξαμ.:
- ☐ Μεταπτυχιακό, έτος φοίτησης:
- ☐ Υ.Δ., έτος φοίτησης:

ΣΧΟΛΗ:

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:.....

ΠΡΟΣ

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΣΠΟΥΔΩΝ/ Ε.Μ.Π.
Δ/ΝΣΗ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το κάτωθι Πιστοποιητικό

.....

.....

.....

.....

το οποίο θα χρησιμοποιήσω για:

.....

.....

Αθήνα,

Ο/Η Αιτ.....

.....
(όνομα και υπογραφή)

Βεβαιώνεται η παραλαβή του πιστοποιητικού

Ημερομηνία παραλαβής:

.....

[ονοματεπώνυμο-υπογραφή]