

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Αριθμός Μητρώου:.....

Τηλέφωνο σταθερό:

Τηλέφωνο κινητό:.....

E-mail:.....

Τόπος Γεννήσεως:.....

Έτος Γεννήσεως:.....

Για τους/τις εν ενεργεία φοιτητές/-τριες:

Έτος Πρώτης Εγγραφής:.....

Εξάμηνο Σπουδών:.....

Για τους/τις αποφοίτους:

Έτος Αποφοίτησης:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός:

Ταχυδρομικός Κώδικας:

Περιοχή:

Αθήνα:

Σημείωση: Για τη χορήγηση του πτυχίου σε περγαμηνή απαιτείται παράβολο και φωτοτυπία του αντιγράφου πτυχίου.

Προς:

τη Γραμματεία του **Τμήματος Φαρμακευτικής**
της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ε.Κ.Π.Α.

Παρακαλώ:

Α) να μου χορηγήσετε:

1. Πιστοποιητικό σπουδών
2. Πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας
3. Πιστοποιητικό στρατολογίας
4. Βεβαίωση περάτωσης σπουδών
5. Αντίγραφο Πτυχίου/Διπλώματος
6. Το Πτυχίο μου σε Περγαμηνή
7. Το Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών σε Περγαμηνή.
8. Το Διδακτορικό Δίπλωμα σε Περγαμηνή
9. Αποφοιτήριο (Διαγραφή) από το Τμήμα
10.

Β) να μου εγκρίνετε:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)