

## 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:

**A) 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. ....

**B) να μου εγκρίνετε:**.....

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

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)