

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

Τ.Κ:

Τηλέφωνο:

Τηλ. Κινητό:

Συνημμένα:
Τίτλος Σπουδών

Προς την
Γραμματεία του Τμήματος
Φαρμακευτικής του Πανεπιστημίου
Αθηνών

Παρακαλώ να εγκρίνετε τη
συμμετοχή μου στις Κατατακτήριες

εξετάσεις ως κάτοχο Πτυχίου –

Διπλώματος

ΑΕΙ (Τμήμα

ΤΕΙ (Τμήμα.....)

Σχολή υπερδιετούς φοίτησης

.....
Σχολή διετούς φοίτησης

.....

Αθήνα

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)