Π Ρ Ο Σ
Τη Γραμματεία του Τμήματος
Φαρμακευτικής Α.Π.Θ.
Θεσσαλονίκη.

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο.....
Όνομα.....
Πατρώνυμο.....
Πτυχιούχος Φαρμακευτικής
του Παν/μίου.....
Δ/νση Κατοικίας.....
.....
Αριθ. Τηλεφώνου.....
Περί
Συμμετοχής στις εξετάσεις για την
Αναγνώριση πτυχίων Παν/μίων του
Εξωτερικού περιόδου.....
.....

Θεσσαλονίκη,.....200...

Παρακαλώ να γίνει δεκτή η αίτησή μου για συμμετοχή στις εξετάσεις για την αναγνώριση πτυχίων Φαρμακευτικής Παν/μίων εξωτερικού στην εξεταστική περίοδο..... στα παρακάτω μαθήματα:

1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

Συνημμένα υποβάλλω:

α) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 ότι δεν θα πάρω μέρος σε εξετάσεις άλλου Παν/μίου γι' αυτή την περίοδο.

β) Φωτοαντίγραφο πράξης του ΔΟΑΤΑΠ περί της ισοτιμίας του πτυχίου και των μαθημάτων που οφείλω να εξεταστώ.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ