

ΑΙΤΗΣΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ

Επώνυμο φοιτητή/τριας:.....

Όνομα φοιτητή/τριας:.....

Όνομα πατρός:.....

Εξάμηνο φοίτησης

A.M:

Διεύθυνση κατοικίας:.....

..... Τ.Κ.....

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Κινητό

E-mail (ιδρυματικό):

.....

Αλεξανδρούπολη/...../202.....

ΠΡΟΣ:

Την Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής
Του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την αίτηση
μου για αναγνώριση του/των παρακάτω
μαθήματος/μαθημάτων:

1.

2.

3.

Συνημμένα υποβάλλω

1. Αναλυτική βαθμολογία επικυρωμένη
από την Γραμματεία του Τμήματος
2. Αναλυτική ύλη του/των μαθήματος/
μαθημάτων

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ο/Η αιτών/ούσα