

ΠΡΟΣ:

ΑΙΤΗΣΗ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ
ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ
ΤΜΗΜΑ Γ΄**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΑΔΤ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

Τ.Κ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

E-MAIL:.....

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση βεβαίωσης απαλλαγής
από την υποχρέωση εκπλήρωσης της
υπηρεσίας υπαίθρου»

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε βεβαίωση
απαλλαγής από την υποχρέωση εκπλήρωσης
της υπηρεσίας υπαίθρου, λόγω πρώτου (Α΄)
έτους εγγραφής στην Ιατρική Σχολή του
Πανεπιστημίου.....

.....
καταθέτοντας στην Υπηρεσία σας τα
ακόλουθα δικαιολογητικά:

1.

2.

3.

4.

Αθήνα,

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

.....