

ΠΡΟΣ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**Δ/ΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ
ΤΜΗΜΑ Γ΄**

ΑΙΤΗΣΗ

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

.....