

## Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

# ΙΑΤΡΙΚΗΣ

(\*) ..... ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΟΥ 200.....

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος / η .....

.....ΤΟΥ.....

.....με αριθμό πρωτοκόλλου κατάθεσης  
δικαιολογητικών..... δηλώνω υπεύθυνα ότι :

α) επιθυμώ να συμμετάσχω στην (\*) ..... Εξεταστική Περίοδο  
του 200..... στο /α μάθημα / τα :

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

β) έχω κατοχυρώσει το μάθημα.....στην  
εξεταστική περίοδο (ημερομ.).....,  
στο Πανεπιστήμιο (πόλη).....

Αθήνα,.....

Ο/Η ΔΗΛ.....

.....  
(υπογραφή)

**Οδηγία Συμπλήρωσης :** Στο κενό (\*) σημειώνεται ο αύξων αριθμός της εξεταστικής περιόδου του έτους που επιθυμεί να συμμετάσχει ο ενδιαφερόμενος (π.χ. 1<sup>η</sup> Εξεταστική Περίοδος του 2003)

**Σημ.1 :** Η κατάθεση της παρούσης αποτελεί βασική προϋπόθεση συμμετοχής στις Εξετάσεις Ιατρικής του ΔΟΑΤΑΠ, βάσει της 448/10-1-2003 απόφασης Δ.Σ.

**Σημ.2 :** Η παρούσα χορηγείται στον ενδιαφερόμενο με την κατάθεση δικαιολογητικών του. Επίσης χορηγείται από τις γραμματείες των Ιατρικών Σχολών και δημοσιεύεται στην ιστοσελίδα του Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. Συμπληρώνεται και κατατίθεται στο ΔΟΑΤΑΠ από τον ενδιαφερόμενο, μόνον στις ημερομηνίες που ανακοινώνονται σε κάθε νέα εξεταστική (Η κατάθεση γίνεται δεκτή και με επιστολή: ΔΟΑΤΑΠ, Αγ. Κωνσταντίνου 54, Τ.Κ. 10437, FAX: 210 5281040).