

ΤΜΗΜΑ ΙΤΑΛΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:........................................................

ΟΝΟΜΑ:............................................................

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :...........................................

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.......................................

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΧΟΛΗΣ 1566..........................

ΤΜΗΜΑ: Ιταλικής Γλώσσας και Φιλολογίας

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:...................................

**ΠΑΝ/ΚΟ ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ .......................................**

**Δ/ΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

ΠΟΛΗ:.....................................................

ΟΔΟΣ:........................................................

ΑΡΙΘΜΟΣ:.................................................

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ:........................................

ΤΗΛ:............................................................

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ:.............................................

Ε-ΜΑΙL: …………………………………….

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:……………………………

ΑΡΙΘΜΟΣ:…………………………………….

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:…………………………

ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:……………………………

**Βεβαίωση:**

Ο/Η παραπάνω Φοιτητής/τρια δεν οφείλει κανένα βιβλίο στη βιβλιοθήκη του Τμήματός μας.

ο/η αρμόδιος Υπάλληλος

Υπογραφή ολογράφως / Σφραγίδα.

**Προς:**

**Τη Γραμματεία του Τμήματος**

**Ιταλικής Γλώσσας και Φιλολογίας**

Κατά την εξεταστική περίοδο……………………………………..

ολοκλήρωσα τον κύκλο Σπουδών μου, σύμφωνα με το ενδεικτικό Πρόγραμμα Μαθημάτων, και παρακαλώ να λάβω μέρος σε Ορκωμοσία που θα τελεστεί στην Πρεσβεία ……………………………………………………………...................

**Τα στοιχεία της Πρεσβείας είναι τα ακόλουθα:**

Ταχ. Διεύθυνση ………………………………………………………

………………………………………………………………………...

Ηλεκτρ/κή Διεύθυνση ………………………………………………..

Τηλέφωνο …………………………………………………………….

Fax ……………………………………………………………………

**Συνημμένα καταθέτω:**

Βεβαίωση Εργασίας στο Εξωτερικό □

Πιστοποιητικό Φοιτητικής Κατάστασης □

Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο □

Φοιτητική Ταυτότητα / Τρίπτυχο □

Φοιτητικό Βιβλιάριο Υγειονομικής Περίθαλψης

(σε περίπτωση έκδοσης) □

Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 (σε περίπτωση απώλειας) □

Αθήνα, / /201

Ο/Η αιτών/ούσα,