

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 9 παρ. 4 Ν.1599/1986.

	Προς το Τμήμα Μαθηματικών της Σ.Θ.Ε. του Πανεπιστημίου Αιγαίου						
Ο-Η (όνομα):							
Επώνυμο:							
Όνομα και επώνυμο πατέρα:							
Όνομα και επώνυμο μητέρας:							
Σταθερό τηλ. & κινητό:	e-mail:						
Ημερομηνία γέννησης:							
Τόπος γέννησης:							
Τόπος κατοικίας:	Οδός	Αριθ	Τ.Κ
Αριθμός δελτίου ταυτότητας:							
-Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του 1599/1986⁽³⁾ δηλώνω ότι:							
Επιθυμώ να διαγραφώ από το Τμήμα Μαθηματικών της Σ.Θ.Ε. του Πανεπιστημίου Αιγαίου, λόγω μεταφοράς θέσης (μετεγγραφής) μου στο αντίστοιχο Τμήμα Μαθηματικών (επιλέγεται παρακάτω το αντίστοιχο κουτί) Σημείωση: Το πιστοποιητικό της διαγραφής και τυχόν πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας να αποσταλεί υπηρεσιακά στο Τμήμα Υποδοχής:							
Πανεπιστημίου Αθηνών	<input type="checkbox"/>						
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	<input type="checkbox"/>						
Πανεπιστημίου Πατρών	<input type="checkbox"/>						
Πανεπιστημίου Κρήτης	<input type="checkbox"/>						
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων	<input type="checkbox"/>						
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Λαμία)	<input type="checkbox"/>						
Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας (Καστοριά)	<input type="checkbox"/>						
Το πιστοποιητικό να αποσταλεί με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στο προσωπικό μου e-mail :	<input type="checkbox"/>						
				Ημερομηνία:			
				Ο-Η δηλών-ούσα.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(υπογραφή)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ονοματεπώνυμο)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>