****

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Ο/Η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ονοματεπώνυμο) του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (πατρώνυμο) με αριθμό ταυτότητας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ φοιτητής/φοιτήτρια του τελευταίου έτους σπουδών του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών του **Τμήματος Οδοντιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών**, είναι απαραίτητο να μετακινηθεί από την οικία του/της, που βρίσκεται στ\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(περιοχή, οδός, αριθμός), προς το **Πανεπιστήμιο** που βρίσκεται στην οδό **Πανεπιστημίου 30, Αθήνα** προκειμένου να υποβληθεί σε μοριακό έλεγχο για COVID-19.

Κατά την ημέρα: ………………………………………… και ώρα ………………………………………

Η ταυτοπροσωπία του/της ανωτέρω φοιτητή/φοιτήτριας θα γίνεται με την επίδειξη της ταυτότητάς του/της.

Η παρούσα βεβαίωση[[1]](#footnote-1) ισχύει και για τυχόν εφάπαξ μετάβαση του ως άνω φοιτητή/ φοιτήτριας από την Περιφερειακή Ενότητα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, που αποτελεί μόνιμο τόπο κατοικίας του φοιτητή/της φοιτήτριας, προς την Περιφερειακή Ενότητα **Αττικής**, που εδρεύει το Πανεπιστήμιο.

Υπογραφή

Η Γραμματέας του Τμήματος Οδοντιατρικής

Π. Κατσούλη-Σακέλλιου,

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

2107461117

1. Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο/η φοιτητής/φοιτήτρια διαμένει μόνιμα εκτός της Περιφερειακής Ενότητας του Α.Ε.Ι. και είναι αναγκαίο να μετακινηθεί εφάπαξ προς τον τόπο που εδρεύει το Α.Ε.Ι/Νοσοκομείο στο οποίο διεξάγεται η εκπαιδευτική διαδικασία. [↑](#footnote-ref-1)