Προς το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Ιατρικής

ΑΙΤΗΣΗ

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών***:***

***«ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»***

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ: |   |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΠΟΛΗ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ: |  |
| e- mail |  |
| ΑΔΤ/ΗΜΕΡ.ΕΚ Δ/ΑΡΧΗ |  |
| ΑΜΚΑ |  |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**Τίτλος Σπουδών (Πτυχίο)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Σχολή / Τμήμα* | *Βαθμός* | *Μόρια\** |
|  |  |  |  |  |
| *\*α/α* | *\** | ***2Ο ΠΤΥΧΙΟ*** |
|  |  |  |
|  |  | **Αντιστοιχία Βαθμολογίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π./ Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., ή άδεια ασκήσεως επαγγέλματος** |

**Ξένη Γλώσσα**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Τίτλος Πιστοποιητικού* | *Μόρια\** |
|  |  |  |  |

**Άλλες γλώσσες**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Γλώσσα* | *Τίτλος Πιστοποιητικού* | *Μόρια\** |
|  |  |  |  |  |

**Ερευνητική δραστηριότητα**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Δραστηριότητα* | *Περιοδικό / Συνέδριο* | *Μόρια**\** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α.* | *\** | *Ίδρυμα* | *Τίτλος* | *Μόρια\** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

**Άλλα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την προκήρυξη:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Δικαιολογητικά* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Συνέντευξη \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή*** | ***Βαθμός*** | ***Μόρια*** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Η υποψήφια(Υπογραφή) | Ημερομηνία  | Θεσσαλονίκη |