Προς το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Ιατρικής

Ημερομηνία Αίτησης: …./..../2024

***ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ***

***Π.Μ.Σ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ***

*( το αρχείο επιστρέφεται σε* ***επεξεργάσιμη μορφή*** *word στη γραμματεία )*

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή υποψηφιότητας μου για τη συμμέτοχη μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών***: «KΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»***

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα |  |
| Επίθετο |  |
| Όνομα Πατρός |  |
| Όνομα Μητέρας |  |
| Ημερομ. Γέννησης |  |
| Τόπος Γέννησης |  |
| Διεύθυνση Μόνιμης Κατοικίας: |  |
| Πόλη: |  |
| Τ.Κ |  |
| Σταθερό Τηλέφωνο: |  |
| Κινητό τηλέφωνο |  |
| e- mail |  |
| ΑΔΤ |  |
| Ημερ.Έκδοσης |  |
| Εκδούσα Αρχή |  |
| Αριθμός Διαβατηρίου (μόνο για αλλοδαπούς φοιτητές)  |  |
| ΑΜΚΑ |  |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**ΒΑΣΙΚΟ ΠΤΥΧΙΟ**

(Σε περίπτωση και δεύτερου βασικού τίτλου σπουδών , ο/η υποψήφιος/ια αναγράφει στον παρακάτω πίνακα το βασικό πτυχίο με το οποίο αιτείται στο πρόγραμμα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Πτυχίο**  | **Τίτλος Σχολής -Ιδρύματος** | **Ημ/νία λήψης** | **Βαθμός πτυχίου** |
|  |  |  |  |
|  \*Τόπος Σπουδών:  |

**\*Συμπληρώνεται μόνο από υποψήφιους/ιες που ολοκλήρωσαν τον πρώτο κύκλο σπουδών σε ιδρύματα της αλλοδαπής**

**ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ**

( Το ΠΜΣ αναγνωρίζει τους φορείς που εκδίδουν πιστοποιητικά αγγλικής γλωσσομάθειας τα οποία αναγνωρίζονται αποκλειστικά από τον ΑΣΕΠ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Φορέας Πιστοποίησης** | **Επίπεδο Γνώσεων** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΝΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**ΛΟΙΠΟΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ ( Διδακτορικός τίτλος, Μεταπτυχιακός τίτλος , 2ο Πτυχίο)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Τίτλοι (Διδακτορικό ή Μ.Sc ή 2ο Πτυχίο)**  | **Τίτλος Σχολής - Ιδρύματος** | **Αριθμός Αναγνώρισης( εφόσον υπάρχει) \*** | **Ημ/νία λήψης** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**\***Συμπληρώνεται μόνο για τους τίτλους από ιδρύματα του εξωτερικού

**ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Τίτλος** | **Περιοδικό** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |

\*Ο/Η υποψήφιος/ια μπορεί να προσθέσει επιπλέον γραμμές στον πίνακα εφόσον χρειάζεται

**ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ PUBMED/MEDLINE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Τίτλος** | **Περιοδικό** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |

\*Ο/Η υποψήφιος/ια μπορεί να προσθέσει επιπλέον γραμμές στον πίνακα εφόσον χρειάζεται

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Τίτλος** | **Συνέδριο** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

\*Ο/Η υποψήφιος/ια μπορεί να προσθέσει επιπλέον γραμμές στον πίνακα εφόσον χρειάζεται

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΥΝΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΠΜΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Υπηρεσία-Εργοδότης** | **Είδος Εργασίας** | **Διάρκεια σε μήνες**  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

\*Ο/Η υποψήφιος/ια μπορεί να προσθέσει επιπλέον γραμμές στον πίνακα εφόσον χρειάζεται

**ΛΟΙΠΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ**

(Το ΠΜΣ αναγνωρίζει τους φορείς που εκδίδουν πιστοποιητικά γλωσσομάθειας τα οποία αναγνωρίζονται αποκλειστικά από τον ΑΣΕΠ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Φορέας Πιστοποίησης** | **Επίπεδο Γνώσεων** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ**

(Το ΠΜΣ αναγνωρίζει τους φορείς που εκδίδουν πιστοποιητικά τα οποία αναγνωρίζονται αποκλειστικά από τον ΑΣΕΠ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Φορέας Πιστοποίησης** | **Ενότητες που έχουν πιστοποιηθεί**  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# ΓΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣΓΛΩΣΣΑΣ

# (μόνο για αλλοδαπούς υποψηφίους -με βάση επίσημα συνοδευτικά δικαιολογητικά)

# Τίτλος σπουδών ή άλλο αποδεικτικό στοιχείο:

# 1…………………………………………………………………………………………………..

# 2…………………………………………………………………………………………………..

# ΑΛΛΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

# (Να αναφέρετε παρακάτω αν έχετε αιτηθεί ξανά για το συγκεκριμένο Π.Μ.Σ και για ποια ακαδημαϊκή χρονιά)

**1……………………………………………………………………………………………………**

**2……………………………………………………………………………………………………**

**3……………………………………………………………………………………………………**

**4…………………………………………………………………………………………………**

**Ο /Η υποψήφιος/υποψήφια θα πρέπει να επισυνάψει στο φάκελο του/της όλα τα συνοδευτικά δικαιολογητικά που πιστοποιούν τα δηλωθέντα στην αίτηση προσόντα.**

**Συναίνεση στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δήλωση**  | **Συναινώ**  |    |
| Το « Κλινική Ψυχική Υγεία» βρίσκεται σε αναμονή έγκρισης του νέου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του σύμφωνα με τον οποίο θα εφαρμόζει από το ακ. έτος 2024-2025 την μέθοδο της εξ αποστάσεως με ποσοστά 100% όπως ορίζει ο ισχύων κανονισμός του. Καλείστε να συναινέσετε με την αλλαγή αυτή προκειμένου να συμμετάσχετε στην εκπαιδευτική του διαδικασία.  | ΝΑΙ  |   |
| ΟΧΙ  |     |