



ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την υποψηφιότητά μου για την εισαγωγή μου στο
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
“ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ”,
για το ακαδημαϊκό έτος 2020 - 2021.

1. Ατομικά Στοιχεία

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα πατέρα	
Α.Δ.Τ.	
Κινητό τηλέφωνο	
Σταθερό Τηλέφωνο	
e-mail:	

2. Πανεπιστημιακές Σπουδές

Ίδρυμα	
Σχολή / Τμήμα	
Περίοδος φοίτησης	
Βαθμός πτυχίου	

Εάν έχετε φοιτήσει σε περισσότερα από ένα Ιδρύματα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης επισυνάψτε επιπλέον πίνακες.

3. Γνώση Ξένων Γλωσσών

Ξένη Γλώσσα	
Πτυχίο	

4. Ερευνητική δραστηριότητα (Δημοσιεύσεις σε Περιοδικά, Ανακοινώσεις σε συνέδρια κλπ)

1.
2.
3.

Γράψτε με τη σειρά για κάθε εργασία Συγγραφείς, Τίτλος, Περιοδικό ή συνέδριο, έτος δημοσίευσης.

5. Συστατικές Επιστολές

Συμπληρώστε τα στοιχεία των προσώπων που θα σας δώσουν συστατικές επιστολές. Οι συστατικές επιστολές θα πρέπει να σταλούν σε κλειστό φάκελο μαζί με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

	Όνοματεπώνυμο	Ιδιότητα	Στοιχεία επικοινωνίας
1.			
2.			

6. Έλεγχος Πληρότητας Φακέλου

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Αντίγραφο διπλώματος – πτυχίου και άλλων τίτλων σπουδών (με τις απαραίτητες μεταφράσεις και αναγνωρίσεις για τίτλους της αλλοδαπής).
3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.
4. Μια πρόσφατη φωτογραφία. (διαστάσεις 40mm*60mm, τύπου ταυτότητας).
5. Αποδεικτικά γνώσεως ξένων γλωσσών.
6. Πλήρες βιογραφικό σημείωμα σε ηλεκτρονική μορφή, όπου θα φαίνονται οι σπουδές, η επιστημονική, ερευνητική και επαγγελματική εμπειρία.
7. Συστατικές επιστολές (έως 2 προαιρετικά).
8. Αντίγραφα δημοσιεύσεων (ή πλήρης δημοσίευση σε περιοδικό σε αντίγραφο, ή πλήρη στοιχεία του περιοδικού και αντίγραφο της περίληψης), ανακοινώσεων (αντίγραφο μόνο της περίληψης από το βιβλίο περιλήψεων)
9. Πιστοποιητικό επάρκειας των αλλοδαπών υποψηφίων στην ελληνική γλώσσα (Ν.2083/92, αρθ.12, παρ. 2α)
10. Επιπρόσθετα στοιχεία (πιστοποιητικά άλλης επαγγελματική προϋπηρεσίας, διπλώματα, κ.λπ.).

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση είναι πλήρεις και ακριβείς, στο βαθμό που γνωρίζω. Σε περίπτωση αποδοχής της αίτησής μου για συμμετοχή στο ΠΜΣ, συμφωνώ να εργασθώ με επιμέλεια για την ολοκλήρωση του προγράμματος, εφαρμόζοντας την κείμενη νομοθεσία και τους κανόνες που προβλέπονται στον Εσωτερικό Κανονισμό του ΠΜΣ.

Ημερομηνία: ___/___/_____

Υπογραφή

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ: Παρασκευή 12 Φεβρουαρίου 2021
ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ: Γραμματεία Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστημιούπολη, 6^ο
χλμ. Αλεξ/πολης-Μάκρης, Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη 68100.
ΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΣΤΟΝ ΦΑΚΕΛΟ: ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΜΣ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ:
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»