



Το Τμήμα Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης με
το Τμήμα Βιοϊτρικών Επιστημών του ΔΙ.ΠΑ.Ε.
(πρώην Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων του ΑΤΕΙΘ)
προκηρύσσουν την έναρξη ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ
(ΔΠΜΣ) με τίτλο:
«Βιο-Ιατρικές και Μοριακές Επιστήμες στη Διάγνωση και Θεραπεία Ασθενειών»

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΔΠΜΣ
(για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης) .

πρόσφατη
φωτογραφία

Προσωπικά Στοιχεία (συμπληρώνονται με κεφαλαία)

Επώνυμο :
Όνομα :
Όνομα πατέρα:
Ημερομηνία γέννησης: / /
Τόπος γέννησης :
Αριθμός ταυτότητας ή διαβατηρίου:
ΑΦΜ :
Δ.Ο.Υ. :
Οικογενειακή κατάσταση/Παιδιά:
Ιδιότητα – Επάγγελμα:
Επάγγελμα πατρός:.....
Επάγγελμα μητρός:.....

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας

Οδός και αριθμός :
Τ.Κ. και Πόλη :
Τηλέφωνα επικοινωνίας : Σταθ.:
Κιν.:.....
e-mail:

Προπτυχιακές Σπουδές

Α.Ε.Ι. / Τ.Ε.Ι. /ΤΜΗΜΑ:
Εισαγωγή (Μήνας / Έτος) :
Αποφοίτηση (Μήνας / Έτος) :
Βαθμός Πτυχίου :

Διπλωματική Εργασία

A.E.I. / T.E.I. :

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :

.....

Επιβλέπων :

Μεταπτυχιακές Σπουδές (αν υπάρχουν)

A.E.I./T.E.I. :

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ :

.....

Διάρκεια σπουδών :

Βαθμός Πτυχίου :

.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ / ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ (Συνοπτικά - Αριθμοί)

.....

.....

.....

ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ / ΕΠΙΠΕΔΟ / ΕΤΟΣ

.....

Αποδεικτικό γνώσης της αγγλικής γλώσσας ή υπεύθυνη δήλωση ικανοποιητικής γλωσσομάθειας (που θα αξιολογηθεί κατά την ενδεχόμενη προφορική εξέταση). Αποδεικτικό άλλης γλώσσας / επίπεδο / έτος:

.....

ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Διάρκεια :

Προοπτικές :

.....

ΣΥΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ (εφόσον υπάρχουν)

1.

2.

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

A. Έχετε υποβάλλει αίτηση για μεταπτυχιακές σπουδές σε άλλα Τμήματα ΑΕΙ;
Αν ναι, παρακαλούμε να τα καταγράψετε.

.....

Β. Ποιος θα χρηματοδοτήσει τις σπουδές σας;

(π.χ. υποτροφία, ερευνητικό πρόγραμμα, εργοδότης, οικογένεια. Επισημαίνεται ότι ενδεχομένως το πρόγραμμα να ενισχύσει οικονομικά ορισμένους φοιτητές)

.....
.....

Γ. Αναφέρατε τα επαγγελματικά σχέδια και τους στόχους σας.

.....
.....

Δ. Συμπληρώστε ότι άλλο θεωρείται χρήσιμο για να υποστηρίξετε την υποψηφιότητά σας για την εισαγωγή σας στο ανωτέρω ΠΜΣ.

.....
.....
.....
.....

Ημερομηνία / Υπογραφή

.....

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από:

- Αντίγραφο πτυχίου και άλλων τίτλων σπουδών
- Φωτοτυπία ταυτότητας
- Μία πρόσφατη φωτογραφία
- Αποδεικτικό γνώσης της αγγλικής γλώσσας ή υπεύθυνη δήλωση ικανοποιητικής γλωσσομάθειας
- Βιογραφικό σημείωμα όπου θα φαίνονται οι σπουδές, η επιστημονική, ερευνητική και επαγγελματική εμπειρία
- Αντίγραφα δημοσιεύσεων (η πλήρης δημοσίευση σε περιοδικό σε αντίγραφο ή πλήρη στοιχεία του περιοδικού και αντίγραφο της περίληψης), ανακοινώσεων (αντίγραφο μόνο της περίληψης από το βιβλίο περιλήψεων)
- Συστατική (ές) επιστολή(ες) έως 2 προαιρετικά
- Δικαιολογητικά σχετικά με τα προηγουμένως αναφερόμενα κριτήρια μοριοδότησης.

Όλες οι αιτήσεις και τα έγγραφα κατατίθενται ή αποστέλλονται συστημένα στη Δ/ση:

Γραμματεία ΔΠΜΣ, Δντής Καθηγητής Θεόδωρος Λιαλιάρης
Εργ. Γενετικής, Τμήματος Ιατρικής
Κτίρια προκλινικών ετών
Πανεπιστημιούπολη
6ο χλμ Αλεξ/πολης- Μάκρης
Αλεξανδρούπολη 68100

Τηλ. 25510-30522, 30544
Κιν. Καθηγητή Θ. Λιαλιάρη 6973385155 email: lialiari@med.duth.gr