

***Προς: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης***

***Τμήμα Ιατρικής***

***Σχολή Επιστημών Υγείας***

**Αίτηση Εκπόνησης Μεταδιδακτορικής Έρευνας**

**1.Προσωπικά στοιχεία**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο υποψηφίου:** |  |  |  |
| **Όνομα Πατρός:** |  |  |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας:** | **Οδός:** | **Αρίθμ.:** | **Τ.Κ.:** |
|  | **Πόλη:** | **Νομός:** |  |
| **Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας** |  | **Αρχή έκδοσης:** |  |
| **Ημερομηνία έκδοσης** |  |  |  |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας** |  |  |  |
| **Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου** |  |  |  |

**2.Τίτλοι σπουδών**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προπτυχιακές σπουδές** | | | |
| **Ανώτατο Ίδρυμα** | **Τμήμα** | **Ημερομηνία απόκτησης πτυχίου** | **Βαθμός πτυχίου** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Μεταπτυχιακές σπουδές** | | | |
| **Ανώτατο Ίδρυμα** | **Τμήμα** | **Ημερομηνία Απόκτησης ΜΔΕ** | **Βαθμός ΜΔΕ** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |

**3. Διακρίσεις/ Υποτροφίες**

|  |
| --- |
|  |

**4. Διπλωματικές, πτυχιακές και μεταπτυχιακές εργασίες και Διδακτορική Διατριβή**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Είδος Εργασίας** | **Τίτλος** | **Επιβλέπων** | **Βαθμός** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |

**5. Άλλες επιστημονικές δημοσιεύσεις**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. Ξένες γλώσσες**

|  |  |
| --- | --- |
| **Γλώσσα** | **Επίπεδο Γνώσης** |
| 1) |  |
| 2) |  |

**7.Ερευνητική /Επαγγελματική Δραστηριότητα**

|  |
| --- |
|  |

**8. Προτεινόμενος/η Καθηγητής/ τρια ως Επιβλέπων /ουσα**

|  |
| --- |
|  |

**Συνημμένα δικαιολογητικά:**

* Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα
* Αντίγραφο πτυχίου ή Διπλώματος Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή αναγνωρισμένου ομοταγούς ιδρύματος της αλλοδαπής
* Αντίγραφο Διδακτορικού Διπλώματος από Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή αναγνωρισμένου ομοταγούς ιδρύματος της αλλοδαπής
* Πιστοποιητικό ξένης γλώσσας
* Δύο (2) Επιστημονικές δημοσιεύσεις – ανακοινώσεις
* Δύο (2) Συστατικές επιστολές
* Ολοκληρωμένη ερευνητική πρόταση εκπόνησης της μεταδιδακτορικής έρευνας
* Σύμφωνη γνώμη του/της επιβλέποντος/ουσας Καθηγητή/τριας.
* Έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο (ΕΣ) του Νοσοκομείου αν πρόκειται για κλινική μελέτη εντός αυτού ή έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Ημερομηνία: / /20

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

*Σημείωση: Η αρμόδια Γραμματεία ελέγχει αν το ίδρυμα απονομής του τίτλου της αλλοδαπής ανήκει στο Εθνικό Μητρώο Αναγνωρισμένων Ιδρυμάτων της Αλλοδαπής και αν ο τύπος του τίτλου αυτού ανήκει στο Εθνικό Μητρώο Τύπων Τίτλων Σπουδών Αναγνωρισμένων Ιδρυμάτων της Αλλοδαπής που είναι αναρτημένα στον ιστότοπο του Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.*