|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  | ΠΡΟΣ: Τη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών |
| ΕΠΩΝΥΜΟ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**ΟΔΟΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΑΡΙΘ\_\_ΠΟΛΗ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Τ.Κ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΝΟΜΟΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΤΗΛΕΦΩΝΟ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ**ΠΤΥΧ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΣΧΟΛΗΣ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΟΑΤΑΠ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(για τους τίτλους της αλλοδαπής)**ΑΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Πάτρα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου, για επιλογή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Υγεία-Public Health».Συνημμένα σας υποβάλω:1. Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας
2. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
3. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
4. Αντίγραφο πτυχίου
5. Επιστημονικές δημοσιεύσεις (αρ. εργ.\_\_\_\_)
6. Αποδεικτικό ξένης γλώσσας
7. Συστατικές επιστολές

(Για κάθε επιστολή συμπληρώνετε ονοματεπώνυμο, τίτλο, δ/νση και τηλέφωνο του συντάξαντος) α. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_β. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_γ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ο/Η ΑΙΤ\_\_\_\_\_\_\_\_\_(υπογραφή) |