|  |  |
| --- | --- |
| **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) |