

ΑΙΤΗΣΗ

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)

ΆΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Πάτρα _____

ΠΡΟΣ: Τη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου, για επιλογή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ».

Συνημμένα σας υποβάλλω:

1. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.
2. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.
3. Αντίγραφο πτυχίου ή διπλώματος, με αναγνώριση από τον ΔΟΑΤΑΠ εφ' όσον έχει αποκτηθεί από ΑΕΙ της Αλλοδαπής.
4. Πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας.
5. Αποδεικτικά στοιχεία (διπλώματα, αντίγραφα αποτελεσμάτων εξετάσεων) γνώσης μιας ξένης γλώσσας ή της Ελληνικής για τους αλλοδαπούς.
6. Τρεις συστατικές επιστολές σε φακέλους σφραγισμένους από τους συντάξαντες (ονοματεπώνυμο, τίτλος, διεύθυνση και τηλέφωνο του συντάξαντος αναγράφονται και στην αίτηση του υποψηφίου).
7. Περίληψη διπλωματικής εργασίας (εφ' όσον υπάρχει).
8. Αντίγραφα επιστημονικών δημοσιεύσεων και πιστοποιητικά συμμετοχής σε ερευνητικά προγράμματα, σχετικής εμπειρίας κλπ (εφ' όσον υπάρχουν).

α. _____

β. _____

γ. _____

Ο/Η ΑΙΤ. _____

(υπογραφή)