

 Ιατρική Σχολή Αθηνών

**Π.Μ.Σ. «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

**Αίτηση Υποβολής Δικαιολογητικών (2016-2018)**

**Φωτογραφία**

|  |
| --- |
| **Προσωπικά Στοιχεία Υποψηφίου** |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Όνομα πατρός: |  |
| Όνομα μητρός: |  |
| Ημερομηνία γέννησης: |  |
| Τόπος γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας: |  |
| Εκδ. Αρχή (ΤΑ): |  |
| **Διεύθυνση Κατοικίας *(ή όποια επιλέγετε για την αποστολή αλληλογραφίας)*** |
| Οδός & Αριθμός: |  |
| Περιοχή: |  |
| Τ.Κ.: |  |
| Πόλη: |  |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** |
| Σταθερό τηλέφωνο: |  |
| Κινητό τηλέφωνο: |  |
| Fax: |  |
| E-mail (υποχρεωτικό): |  |

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώστε με x τα αντίστοιχα πεδία)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Αντίγραφο πτυχίου / διπλώματος
 | **□** |
| 1. Αναλυτική βαθμολογία όλων των ετών σπουδών
 | **□** |
| 1. Αντίγραφο σχετικού μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών & αναλυτικής βαθμολογίας (εάν υπάρχει)
 | **□** |
| 1. Αναγνώριση τίτλου σπουδών από το ΔΟΑΤΑΠ

(για όσους έχουν τίτλους σπουδών από ΑΕΙ της αλλοδαπής) | **□** |
| 1. Δύο συστατικές επιστολές στο προτυποποιημένο έντυπο του ΠΜΣ, από ακαδημαϊκό ή εργασιακό πλαίσιο, σφραγισμένες σε φακέλους από τον υπογράφοντα
 | **□** |
| 1. Βιογραφικό Σημείωμα
 | **□** |
| 1. Επικυρωμένο αποδεικτικό καλής γνώσης Αγγλικής γλώσσας
 | **□** |
| 1. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας
 | **□** |
| 1. Κείμενο εκδήλωσης ενδιαφέροντος (ανώτατο όριο λέξεων: 400)
 | **□** |
| 1. Επιστημονικές δημοσιεύσεις και αποδεικτικά επαγγελματικής, ερευνητικής ή/και διδακτικής εμπειρίας (εάν υπάρχουν)
 | **□** |
| 1. Πτυχία συμπληρωματικής εκπαίδευσης (εάν υπάρχουν)
 | **□** |
| 1. Βεβαίωση της σχολής ή του Τμήματος για την περάτωση σπουδών, συνοδευόμενη από πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας

(αφορά μόνο όσους αναμένουν την ορκωμοσία τους) | **□** |

**Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που αναφέρω στην αίτηση μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα είναι σωστές και, εφόσον μου ζητηθεί, μπορώ να προσκομίσω συνοδευτικά έγγραφα.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ημερομηνία:** | **….../…..../…………** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Υπογραφή υποφηφίου/-ας:** |  |