|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**Του/Της | **Προς**τη Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| ……………………………………………… | Σας υποβάλλω αίτηση για εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής, σύμφωνα με το άρθρο 92 του Νόμου 4975/2022, στον Τομέα…………………………………………………………………………. |
| Πατρώνυμο: | Γνωστικό πεδίο:…………………………………………………………………………. |
| …………………………………………… |
| Μητρώνυμο: |  |
| ………………………………………….. | Μέλος ΔΕΠ με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ:………………………………………………………………………… |
| Ημερομηνία Γέννησης: | Βαθμίδα: |
| ……………………………………………. | …………………………………………………………………………. |
| Χώρα Γέννησης/Πόλη: | Τομέας: |
| …………………………………………… | …………………………………………………………………………. |
| Υπηκοότητα: | Κλινική/Εργαστήριο |
| …………………………………………… | ………………………………………………………………………… |
| Ιδιότητα: |  |
| ………………………………………….. |  |
| Α.Μ.Κ.Α. : …………………………… |  |
| Διεύθυνση κατοικίας/Τ.Κ.……………………………………………. | Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:1. Φωτοτυπία πτυχίου
2. Φωτοτυπία Μεταπτυχιακού Τίτλου
3. Σύντομο βιογραφικό
4. Προσχέδιο Διδακτορικής Διατριβής
5. Έγγραφη έγκριση της/του Διευθύντριας/Διευθυντή της Κλινικής ή του Εργαστηρίου όπου εκπονείται η ΔΔ
 |
| Τηλ. Επικοινωνίας: |
| …………………………………………… |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail):…………………………………………….. |
| Θεσσαλονίκη, ………………………Με τιμή(υπογραφή) |
| \* Για πτυχία της αλλοδαπής επιπρόσθετα απαιτούνται:1. Μεταφρασμένο επικυρωμένο αντίγραφο
2. Αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ)
 | **Συμφωνώ με την υποβολής αίτησης εκπόνησης**(υπογραφή επιβλέποντος/ουσας) |