

ΑΙΤΗΣΗ

Του/Της

Ονοματεπώνυμο:

.....

Πατρώνυμο:

.....

Μητρώνυμο:

.....

Ημερομηνία Γέννησης:

.....

Χώρα Γέννησης/Πόλη:

.....

Υπηκοότητα:

.....

Ιδιότητα:

.....

Α.Μ.Κ.Α. :

Διεύθυνση κατοικίας/Τ.Κ.

.....

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)

Προς

τη Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

Σας υποβάλλω αίτηση για εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής, σύμφωνα με το άρθρο 92 του Νόμου 4975/2022, στον Τομέα

.....

Γνωστικό πεδίο:

.....

Μέλος ΔΕΠ με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ:

.....

Βαθμίδα:

.....

Τομέας:

.....

Κλινική/Εργαστήριο

.....

Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία πτυχίου
2. Φωτοτυπία Μεταπτυχιακού Τίτλου
3. Σύντομο βιογραφικό
4. Προσχέδιο Διδακτορικής Διατριβής
5. Έγγραφο έγκριση της/του Διευθύντριας/Διευθυντή της Κλινικής ή του Εργαστηρίου όπου εκπονείται η ΔΔ

Συμφωνώ με την υποβολής αίτησης εκπόνησης

(υπογραφή επιβλέποντος/ουσας)