Προς το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Ιατρικής

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ** 

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για την συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών***:***

***«H ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΟΣΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ:***

***ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ»***

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΠΟΛΗ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ:**  **(κινητό-σταθερό)** |  |
| **e- mail:** |  |
| **ΑΡ. Δ.Τ.:**  **ΗΜΕΡ. ΕΚΔ.:**  **ΕΚΔ. ΑΡΧΗ:** |  |
| **Α.Φ.Μ:** |  |
| **ΔΟΥ:** |  |
| **ΑΜΚΑ:** |  |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**Τίτλος Σπουδών**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *α/α* | *Ημερομηνία* | *Σχολή / Τμήμα* | *Βαθμός* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Αντιστοιχία Βαθμολογίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π./ Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. εάν πρόκειται για πτυχίο αποκτηθέν στην αλλοδαπή**

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *α/α.* | *Ημερομηνία* | *Ίδρυμα* | *Τίτλος* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. εάν πρόκειται για πτυχίο αποκτηθέν στην αλλοδαπή**

**Ξένες Γλώσσες**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *α/α* | *Γλώσσα* | *Τίτλος Πιστοποιητικού* | *Βαθμός* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Τρέχουσα επαγγελματική θέση:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:**

Φωτοτυπία Διαβατηρίου ή Αστυνομικής ταυτότητας \_\_\_\_\_\_

Βιογραφικό σημείωμα-υπόμνημα- όνομα και στοιχεία επικοινωνίας 2 μελών ΔΕΠ, διευθυντών ή συνεργατών του υποψηφίου \_\_\_\_\_\_\_

Φωτοτυπία πτυχίου \_\_\_\_\_\_\_

Φωτοτυπίες τίτλων σπουδών \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφι………..  (Υπογραφή) |  | ……………………………………………………….  Τόπος-Ημ/νία |