### Προς:

### Τμήμα Ιατρικής - Σχολή Επιστημών Υγείας

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Νευροεπιστήμες. Διασύνδεση βασικής έρευνας με κλινική εφαρμογή»

# ΑΙΤΗΣΗ

### Παρακαλώ όπως αξιολογήσετε την αίτησή μου για **συμμετοχή** στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

**«Νευροεπιστήμες. Διασύνδεση βασικής έρευνας με κλινική εφαρμογή»**

για το ακαδημαϊκό έτος 2023-2024

***Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ***

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο:  |  |
| Όνομα:  |  |
| Πατρώνυμο:  |  |
| Μητρώνυμο: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης |  |
| Αριθμός Ταυτότητας: |  |
| Υπηκοότητα: |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Οικογενειακή κατάσταση: |  |
| ΑΜΚΑ: |  |
| Ταχ. Διεύθυνση: |  |
| Πόλη: |  |
| Πτυχίο: |  |
| Βαθμός πτυχίου: |  |
| Τηλέφωνα επικ.: |  |
| e- mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφιος/α (Υπογραφή) |  | Θεσσαλονίκη,…………..  |
|  |  |  |