**ΑΙΤΗΣΗ**

Προς

Το Τμήμα Ιατρικής

της Σχολή Επιστημών Υγείας -

του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

**Γραμματεία Π.Μ.Σ.: Χειρουργική Ακριβείας με Εφαρμοσμένες Καινοτόμες Απεικονίσεις**

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση για τη συμμετοχή μου στη διαδικασία αξιολόγησης υποψηφίων εισακτέων για το ακαδημαϊκό έτος 2022-2023 του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο: **«Χειρουργική Ακριβείας με Εφαρμοσμένες Καινοτόμες Απεικονίσεις»**.

(οι στήλες με αστερίσκο \* συμπληρώνονται από τη Γραμματεία του ΠΜΣ)

**Στοιχεία υποψηφίου/ας**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:** |  |
| **Όνομα:** |  |
| **Πατρώνυμο:** |  |
| **Μητρώνυμο:** |  |
| **Ταχ. Διεύθυνση:** |  |
| **Πόλη:** |  |
| **Τηλέφωνα επικ.:** |  |
| **e-mail:** |  |

**Τίτλοι βασικών σπουδών (Πτυχίο)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Ίδρυμα / Σχολή / Τμήμα** | **Βαθμός** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., ή άδεια ασκήσεως επαγγέλματος | | |
|  | Αντιστοιχία Βαθμολογίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. | | |

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι σπουδών**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Ίδρυμα** | **Τίτλος** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. | | |

**Πιστοποιητικά Αγγλικής Γλώσσας**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **α/α** | **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Μόρια\*** |
|  | Certificate of Proficiency in English (CAMBRIDGE ή MICHIGAN) |  |
|  | Certificate in Advanced English (CAMBRIDGE) |  |
|  | First Certificate in English (CAMBRIDGE) |  |
|  | Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε) |  |

**Πιστοποιητικά ξένων γλωσσών**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Γλώσσα** | **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ερευνητική δραστηριότητα/επαγγελματική δραστηριότητα**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Δραστηριότητα** | **Περιοδικό / Συνέδριο/ερευν. πρόγρ.** | **Μόρια\*** |
|  | **Ανακοινώσεις σε ελληνικά συνέδρια** |  |  |
|  | **Ανακοινώσεις σε διεθνή συνέδρια** |  |  |
|  | **Δημοσιεύσεις σε ελληνικά περιοδικά** |  |  |
|  | **Δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Συναφή επαγγελματική –**  **ερευνητική εμπειρία** | **Φορέας** | **Έτη απασχόλησης** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Συνημμένα σας υποβάλλω:**

* Αντίγραφα τίτλων σπουδών – αποδεικτικά ερευνητικής/επαγγελματικής δραστηριότητας που αναφέρονται στην αίτηση.
* Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα.
* Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου.

**Την αίτηση με τα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά θα αποστείλλω (σε αρχείο PDF) στο email:**

**msc-precisionsurgery@med.auth.gr**

Θεσσαλονίκη………………………………….

Ο/Η υποψήφιος/α

Επίθετο/όνομα:………………………………………………………………

(Υπογραφή)

**Παρελήφθη από τη Γραμματεία του ΠΜΣ:**

**Θεσσαλονίκη………………………………….**

**Ο Παραλαβών**

**(Υπογραφή)**

**Συνέντευξη (Συμπληρώνεται από την Επιτροπή Αξιολόγησης) \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή** | **Βαθμός** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |