



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Υ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Γραμματεία

Tel: 2310-999268
 Fax: 2310-999293
 e-mail: skmichai@uth.gr
www.med.uth.gr



Θεσσαλ 22.6.2018,
Αριθ. : 7599ωτ

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ
ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2018

Η Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, στη συνεδρίασή της **αριθμ. 048/29.5.2018**, αφού έλαβε υπόψη τις διατάξεις του Ν. 4115/2013 (ΦΕΚ 24/30.1.2013 τ.Α'), άρθρο 34 «Θέματα ΑΕΙ», παρ. 16 και του Ν. 4009/2011 άρθρο 29 όπου προστίθεται η παράγραφος 6, του άρθρου 95 του ΦΕΚ 258/8.12.2014 τ.Α' και της παρ. 4 του άρθρ. 19 του Ν. 4452/15.2.2017 όπου αναφέρει: **ζ η - ' ` " > ~ ^ β**

και της παρ. 4 του άρθρ. 19 του Ν. 4452/15.2.2017 όπου αναφέρει: **ζ η**

Α π ο φ α σ ί ζ ε ι

Την προκήρυξη για την πρόσληψη ενός (1) Ακαδημαϊκού Υποτρόφου για το Εργαστήριο Πειραματικής Οφθαλμολογίας του Α.Π.Θ., με σύμβαση έργου ορισμένου χρόνου, στο γνωστικό αντικείμενο «**Πειραματική Οφθαλμολογία**» για δύο (2) ακόμη ακαδημαϊκά έτη. Η (μεικτή) προϋπολογισθείσα δαπάνη θα ανέλθει **στο όποσων υβρ.ώ.0.0 Ε**

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΟΥ

Διεξαγωγή διδακτικού έργου.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ -ΠΡΟΣΟΧΗΤΑ

Οι υποψήφιοι πρέπει:

- A) Να έχουν την ειδικότητα της Οφθαλμολογίας.
B) Να είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου με πειραματική μελέτη.
Γ) Να έχουν επιστημονική δραστηριότητα με ικανό αριθμό δημοσιεύσεων.
Δ) Να διαθέτουν εμπειρία και οργανωτική ικανότητα σε πειραματικά χειρουργεία.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση υποψηφιότητας.
2. Αντίγραφο των πτυχίων και των τίτλων σπουδών τους. Εάν έχουν χορηγηθεί από ΑΕΙ του εξωτερικού θα πρέπει να φέρουν τις νόμιμες θεωρήσεις και να συνοδεύονται από επίσημες μεταφράσεις, καθώς και από την απόφαση ισοτιμίας ή αντίγραφο της αίτησης για αναγνώριση της ισοτιμίας, η οποία θα πρέπει να έχει κατατεθεί πριν από την τελική επιλογή.
3. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα (σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή - CD).

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν την αίτηση, την υπεύθυνη δήλωση και τα απαραίτητα δικαιολογητικά, στη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Α.Π.Θ., από τις **22. 6 . 2 0 1 8** ~~2018~~ **2019** κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες **0 9 : 0 0 – 1 3 . : 0 0** ή να τα αποστείλουν ταχυδρομικά (συστημένο ή courier), εντός της προθεσμίας, στην παρακάτω διεύθυνση με την επισήμανση «*β ς h ι ' > h ' ς ~*»: *ι - ' - ' ~ , ~ '*

[illegible]

Η αίτηση και η υπεύθυνη δήλωση είναι αναρτημένες στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. (www.med.auth.gr).

Για οποιαδήποτε άλλη πληροφορία, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να καλούν στο 2310 999268.

Η παρούσα προκήρυξη θα αναρτηθεί στο Πρόγραμμα Διαύγεια.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος Ιατρικής

ΑΣΤΕΡΙΑΘΑΓΙΑΝΝΗΣ
Καθηγητής Παθολογίας