

Προς το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Ιατρικής

ΑΙΤΗΣΗ

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:
«**ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ**»

ΟΝΟΜΑ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΠΟΛΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΑ:	
e- mail	
ΑΔΤ/ΗΜΕΡ.ΕΚ Δ/ΑΡΧΗ	
ΑΜΚΑ	

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Τίτλος Σπουδών (Πτυχίο)

* α/α	*	Σχολή / Τμήμα	Βαθμός	Μόρια *
* α/α	*	2^ο ΠΤΥΧΙΟ		
		Αντιστοιχία Βαθμολογίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π./ Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., ή άδεια ασκήσεως επαγγέλματος		

Ξένη Γλώσσα

* α/α	*	Τίτλος Πιστοποιητικού	Μόρια *

* Οι στήλες αυτές συμπληρώνονται από τη Γραμματεία.

Άλλες γλώσσες

* α/α	*	Γλώσσα	Τίτλος Πιστοποιητικού	Μόρια *

Ερευνητική δραστηριότητα

* α/α	*	Δραστηριότητα	Περιοδικό / Συνέδριο	Μόρια *

Μεταπτυχιακοί Τίτλοι

*α/α	*	Ίδρυμα	Τίτλος	Μόρια*

Άλλα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την προκήρυξη:

* α/α	*	Δικαιολογητικά

Συνέντευξη *

Όνοματεπώνυμο / Υπογραφή	Βαθμός	Μόρια

Η υποψήφια

Ημερομηνία

Θεσσαλονίκη

(Υπογραφή)