Προς

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής

**Γραμματεία Π.Μ.Σ.**

**«Εμβρυομητρική Ιατρική»**

**ΑΙΤΗΣΗ**

(Οι στήλες με αστερίσκο (\*) συμπληρώνονται από τη Γραμματεία)

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

***«ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»***

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

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**Τίτλος Σπουδών (Πτυχίο)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Σχολή / Τμήμα* | *Βαθμός* | *Μόρια\** |
|  |  |  |  |  |
| *\*α/α* | *\** | ***2Ο 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\** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Άλλες γλώσσες**

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

**Ερευνητική δραστηριότητα**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Δραστηριότητα* | *Περιοδικό / Συνέδριο* | *Μόρια*  *\** |
|  |  | **Συγγραφέας σε άρθρο διεθνούς**  **περιοδικού έντυπου ή ηλεκτρονικού (peer reviewed Journal)** |  |  |
|  |  | **Συγγραφέας σε άρθρο εθνικά αναγνωρισμένου ελληνικού**  **περιοδικού έντυπου ή ηλεκτρονικού (peer reviewed Journal)** |  |  |
|  |  | **Συγγραφέας σε ανακοίνωση**  **ελληνικού ή διεθνούς συνεδρίου ή εισηγητής σε στρογγυλή τράπεζα** |  |  |

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι**

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

**Άλλα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την προκήρυξη:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *\*α/α* | *\** | *Δικαιολογητικά* | |
|  |  | Αντίγραφο Πτυχίου | √ |
|  |  | Βεβαίωση αναλυτικής βαθμολογίας | √ |
|  |  | Βιογραφικό σημείωμα | √ |
|  |  | Υπόμνημα | √ |
|  |  | Ξένη γλώσσα (Β2) | √ |
|  |  | Δύο (2) συστατικές Επιστολές | √ |
|  |  | Φωτοτυπία ταυτότητας | √ |

**Συναίνεση στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δήλωση** | **Συναινώ** | |
| Το ΠΜΣ «Εμβρυομητρική Ιατρική» βρίσκεται σε αναμονή έγκρισης του νέου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του σύμφωνα με τον οποίο θα εφαρμόζει από το ακ. έτος 2024-2025 την μέθοδο της μεικτής εκπαίδευσης με ποσοστά 5% δια ζώσης και 95% εξ αποστάσεως και όχι την 100% δια ζώσης όπως ορίζει ο ισχύων κανονισμός του. Καλείστε να συναινέσετε με την αλλαγή αυτή προκειμένου να συμμετάσχετε στην εκπαιδευτική του διαδικασία. | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| √ |  |

**Συνέντευξη \***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφι………..  (Υπογραφή) | Απέσυρε τα δικαιολογητικά  …………………………  …………  Ημερομηνία ../../…  Υπογραφή | Θεσσαλονίκη  ……………………….. |