Προς το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Ιατρικής

***ΑΙΤΗΣΗ***

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

***«ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ »***

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ:  |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΠΟΛΗ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ: |  |
| e- mail |  |
| ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΑΔΤ/ΗΜΕΡ.ΕΚΔ/ΑΡΧΗ |  |

**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\** |
|  |  | **Certificate of Proficiency in English (CAMBRIDGE ή MICHIGAN)** |  |
|  |  | **Certificate in Advanced English (CAMBRIDGE)** |  |
|  |  | **First Certificate in English (CAMBRIDGE)** |  |
|  |  | **Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)** |  |

**Άλλες γλώσσες**

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

 **Ερευνητική δραστηριότητα/ Επαγγελματική εμπειρία**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *\*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) (Παρακαλούμε σημειώστε τον α/α του περιοδικού από τη λίστα του παραρτήματος ΙV)** |  |  |
|  |  | **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* |
|  |  | Βιογραφικό σημείωμα |
|  |  | Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας |
|  |  |  |

**Συνέντευξη \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή*** | ***Βαθμός*** | ***Μόρια \**** |
|  |  |  |
|  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δήλωση** | **Συναινώ** |  |
| Το ΔΠΜΣ «**ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ**» βρίσκεται σε αναμονή έγκρισης του νέου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του σύμφωνα με τον οποίο θα εφαρμόζει από το ακαδ. έτος 2024-2025 τη μέθοδο της μεικτής εκπαίδευσης με ποσοστά 65% δια ζώσης και 35% 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 |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφι………..(Υπογραφή) | Απέσυρε τα δικαιολογητικά……………………………………Ημερομηνία …………………….(Υπογραφή) | Θεσσαλονίκη,…-…-2024 |