

Ιατρική Σχολή Αθηνών

**Π.Μ.Σ. «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

**Αίτηση ΥποβολήςΔικαιολογητικών (2016-2018)**

**Φωτογραφία**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προσωπικά Στοιχεία Υποψηφίου** | |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Όνομα πατρός: |  |
| Όνομα μητρός: |  |
| Ημερομηνία γέννησης: |  |
| Τόπος γέννησης: |  |
| ΑριθμόςΔελτίουΑστυνομικής Ταυτότητας: |  |
| Εκδ. Αρχή (ΤΑ): |  |
| **Διεύθυνση Κατοικίας *(ή όποια επιλέγετε για την αποστολή αλληλογραφίας)*** | |
| Οδός&Αριθμός: |  |
| Περιοχή: |  |
| Τ.Κ.: |  |
| Πόλη: |  |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** | |
| Σταθερό τηλέφωνο: |  |
| Κινητότηλέφωνο: |  |
| Fax: |  |
| E-mail (υποχρεωτικό): |  |

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώστε με x τα αντίστοιχα πεδία)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Αντίγραφο πτυχίου / διπλώματος | **□** |
| 1. Αναλυτική βαθμολογία όλων των ετών σπουδών | **□** |
| 1. Αντίγραφο σχετικού μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών & αναλυτικής βαθμολογίας (εάν υπάρχει) | **□** |
| 1. Αναγνώριση τίτλου σπουδών από το ΔΟΑΤΑΠ   (για όσους έχουν τίτλους σπουδών από ΑΕΙ της αλλοδαπής) | **□** |
| 1. Δύο συστατικές επιστολές στο προτυποποιημένο έντυπο του ΠΜΣ, από ακαδημαϊκό ή εργασιακό πλαίσιο, σφραγισμένες σε φακέλους από τον υπογράφοντα | **□** |
| 1. Βιογραφικό Σημείωμα | **□** |
| 1. Επικυρωμένο αποδεικτικό καλής γνώσης Αγγλικής γλώσσας | **□** |
| 1. Φωτοαντίγραφο ΔελτίουΑστυνομικής Ταυτότητας | **□** |
| 1. Κείμενο εκδήλωσης ενδιαφέροντος (ανώτατο όριο λέξεων: 400) | **□** |
| 1. Επιστημονικές δημοσιεύσεις και αποδεικτικά επαγγελματικής, ερευνητικής ή/και διδακτικής εμπειρίας (εάν υπάρχουν) | **□** |
| 1. Πτυχία συμπληρωματικής εκπαίδευσης (εάν υπάρχουν) | **□** |
| 1. Βεβαίωση της σχολής ή του Τμήματος για την περάτωση σπουδών, συνοδευόμενη από πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας   (αφορά μόνο όσους αναμένουν την ορκωμοσία τους) | **□** |

**Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που αναφέρω στην αίτηση μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα είναι σωστές και, εφόσον μου ζητηθεί, μπορώ να προσκομίσω συνοδευτικά έγγραφα.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ημερομηνία:** | **….../…..../…………** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Υπογραφή υποφηφίου/-ας:** |  |