

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΛΚΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Τηλέφωνο: 210 5385642

Fax: 210 5385642

E-mail: trauma@teiath.gr

Πληροφορίες: Ε. Δούσης

Ημερομηνία υποβολής: \_ \_ / \_ \_/\_ \_ \_ \_

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΑΚΑΔ.ΕΤΟΣ 2017-2018**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** | | | | | | | | | | |
| Επώνυμο: | |  | | | | | Όνομα: |  | | |
| Πατρώνυμο: | |  | | | | | Μητρώνυμο: |  | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: |  | | |
| Σταθερό Τηλέφωνο/Κινητό | |  | | | | | E-mail: |  | | |
| Διεύθυνση Κατοικίας: | |  | | | | | | | | |
| **Β. ΣΠΟΥΔΕΣ** | | | | | | | | | | |
| Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα | | | Τμήμα | | | Ημερομηνία Απόκτησης Πτυχίου (ή αναμενόμενης απονομής) | | | Βαθμός | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
| **Γ.ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ** | | | | | | | | | |
| Γλώσσα | Πιστοποιητικό Γλωσσομάθειας | | | | Έτος Κτήσης | | | | Επίπεδο  (Σύμφωνα με το κοινό Πλαίσιο Αναφοράς για Γλώσσες) |
|  |  | | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |
| **Δ.ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ/ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ** | | | | | | | | | |
| Δεξιότητες πληροφορικής (παρακαλώ σημειώστε εάν διαθέτετε πιστοποίηση) | | | |  | | | | | |
| Πρόσθετες πληροφορίες | | | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| **Ε. ΣΥΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ** |

Παρακαλώ αναφέρατε ονόματα και τίτλο των δύο προσώπων από τα οποία έχετε ζητήσει Συστατικές Επιστολές:

1.

2.

Με την παρούσα αίτηση, καταθέτω επισυναπτόμενα όλα τα απαραίτητα έγγραφα-πιστοποιητικά, που απαιτούνται.

Ημερομηνία: Ο/Η Αιτών/ούσα:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Έλεγχος Γραμματείας**

🞏 Η αίτηση συμπληρώθηκε σωστά

🞏 Παραλήφθηκαν όλα τα απαραίτητα έγγραφα-πιστοποιητικά

Εκκρεμότητες: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_