

ΑΙΤΗΣΗ

Τ...

Όνομ/μο :

.....

Πατρώνυμο :

.....

Μητρώνυμο:

.....

Ημερομηνία Γέννησης:

.....

Χώρα Γέννησης:

.....

Υπηκοότητα:

.....

Ιδιότητα :

.....

Διεύθυνση κατοικίας :

.....

Τηλ. Επικοινωνίας:

.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail):

.....

Θεσ/νίκη,

Με τιμή

(Υπογραφή)

Προς

τη Γ.Σ.Ε.Σ. της Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Σας υποβάλλω αίτηση για εκπόνηση
Διδακτορικής Διατριβής, σύμφωνα με το άρθρο
.... Του Ν., στον Τομέα

.....

Γνωστικό πεδίο:

.....

.....

Μέλος Δ.Ε.Π. με το οποίο επιθυμώ να
συνεργαστώ :

Όνομ/μο :

.....

Βαθμίδα :

.....

Τομέας :

.....

Κλινική/Εργαστήριο :

.....

Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα
δικαιολογητικά :

1. Αντίγραφο πτυχίου * (επικυρωμένο)
2. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα (σε 2 αντίτυπα)
3. Αντίγραφο μεταπτυχιακού,* εφόσον υπάρχει (επικυρωμένο)

* Για πτυχία της αλλοδαπής επιπρόσθετα απαιτούνται :

1. Μεταφρασμένο και επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου
2. Αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ)