|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ  Του/της | Προς  την Γ.Σ.Ε.Σ. του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| ……………………………………………… | Σας υποβάλλω αίτηση για εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής, σύμφωνα με το άρθρο 38 του Νόμου 4485/17, στον Τομέα  ………………………………………………………. |
| Πατρώνυμο: | Γνωστικό πεδίο:  ………………………………………………………… |
| ……………………………………………… |
| Μητρώνυμο: |  |
| …………………………………………….. | Μέλος ΔΕΠ με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ:  ………………………………………………………… |
| Ημερομηνία Γέννησης: | Βαθμίδα: |
| ………………………………………………. | ……………………………………………………….. |
| Χώρα Γέννησης/Πόλη: | Τομέας: |
| ……………………………………………… | ………………………………………………………. |
| Υπηκοότητα: | Κλινική/Εργαστήριο |
| ……………………………………………… | ……………………………………………………… |
| Ιδιότητα: |  |
| …………………………………………….. |  |
| Α.Μ.Κ.Α. : ………………………………… |  |
| Διεύθυνση κατοικίας/Τ.Κ. |  |
| ……………………………………………. | Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:   1. Φωτοτυπία πτυχίου 2. Φωτοτυπία Μεταπτυχιακού Τίτλου (εφόσον υπάρχει) 3. Σύντομο βιογραφικό 4. Προσχέδιο Διδακτορικής Διατριβής |
| Τηλ. Επικοινωνίας: |
| …………………………………………… |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail):  …………………………………………….. |
| Θεσσαλονίκη, …………………….  Με τιμή  (υπογραφή) |
| \* Για πτυχία της αλλοδαπής επιπρόσθετα απαιτούνται:   1. Μεταφρασμένο επικυρωμένο αντίγραφο 2. Αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ) | **Συμφωνώ με την υποβολής αίτησης εκπόνησης**  (υπογραφή επιβλέποντος/ουσας) |