

ΑΙΤΗΣΗ  
Του/της  
Ονοματεπώνυμο:

.....

Πατρώνυμο:

.....

Μητρώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Χώρα Γέννησης/Πόλη:

Υπηκοότητα:

Ιδιότητα:

Α.Μ.Κ.Α. : .....

Διεύθυνση κατοικίας/Γ.Κ.

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)

Προς  
την Γ.Σ.Ε.Σ. του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

Σας υποβάλλω αίτηση για εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής, σύμφωνα με το άρθρο 38 του Νόμου 4485/17, στον Τομέα

Γνωστικό πεδίο:

Μέλος ΔΕΠ με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ:

Βαθμίδα:

Τομέας:

Κλινική/Εργαστήριο

Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία πτυχίου
2. Φωτοτυπία Μεταπτυχιακού Τίτλου (εφόσον υπάρχει)
3. Σύντομο βιογραφικό
4. Προσχέδιο Διδακτορικής Διατριβής

**Συμφωνώ με την υποβολής αίτησης εκπόνησης**

(υπογραφή επιβλέποντος/ουσας)