|  |
| --- |
| Προς Τμήμα Ιατρικής  Σχολή Επιστημών Υγείας  Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  «*Εφαρμοσμένη Διατροφή και Προαγωγή Υγείας*» |

**ΑΙΤΗΣΗ**

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για **συμμετοχή** στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ***«Εφαρμοσμένη Διατροφή και Προαγωγή Υγείας»***.

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΠΟΛΗ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΠΛΗΡΟΥΣ *ή* ΜΕΡΙΚΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:** |  |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**Τίτλος Σπουδών (Πτυχίο)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Σχολή / Τμήμα* | *Βαθμός* | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., ή άδεια ασκήσεως επαγγέλματος** | | |
|  |  | **Αντιστοιχία Βαθμολογίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.** | | |

**Ξένες Γλώσσες**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Τίτλος Πιστοποιητικού* | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ερευνητική δραστηριότητα**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Δραστηριότητα* | *Περιοδικό/Συνέδριο* | ***Μόρια\**** |
|  |  | **Συγγραφέας σε άρθρο διεθνούς περιοδικού έντυπου ή ηλεκτρονικού (peer reviewed Journal)** |  |  |
|  |  | **Συγγραφέας σε άρθρο εθνικά αναγνωρισμένου ελληνικού περιοδικού έντυπου ή ηλεκτρονικού (peer reviewed Journal)** |  |  |
|  |  | **Συγγραφέας σε ανακοίνωση ελληνικού ή διεθνούς συνεδρίου ή εισηγητής σε στρογγυλή τράπεζα** |  |  |

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Ίδρυμα* | *Τίτλος* | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.** | | |

**Διδακτορικοί Τίτλοι**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Ίδρυμα* | *Τίτλος* | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.** | | |

**Επαγγελματική εμπειρία/Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα**

**(βεβαίωση εργοδότη-αποδεικτικό από ασφαλιστικό φορέα)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Τίτλος Θέσης & Φορέας* | *Έτη* | *Μήνες* | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Άλλα Δικαιολογητικά**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Δικαιολογητικά* |
|  |  | Βιογραφικό Σημείωμα**\*** |
|  |  | Άδεια άσκησης επαγγέλματος\* |
|  |  | Βεβαίωση εργοδότη ή από ασφαλιστικό φορέα\* |
|  |  | Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου**\*** |
|  |  | 1 πρόσφατη φωτογραφία στην οποία να αναγράφεται το ονομ/μο του υποψηφίου**\*** |
|  |  | Άλλα**\*** |

**Συνέντευξη**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή\**** | ***Βαθμός\**** | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

Ο/Η Υποψήφι….

(Υπογραφή)

Απέσυρε τα δικαιολογητικά Θεσσαλονίκη

…………………………………………. ……………………………..

Ημερομηνία ……………………..

Υπογραφή