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

**ΑΙΤΗΣΗ**

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου ως **ακροατής/τρια** στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ***«Εφαρμοσμένη Διατροφή και Προαγωγή Υγείας»***.

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΠΟΛΗ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ:** |  |
| **e-mail:** |  |

**Επιλογή Μαθημάτων** (ως 3 και κατόπιν συνεννόησης με το διδάσκοντα)

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ**

**Τίτλος Σπουδών (Πτυχίο)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | *Σχολή / Τμήμα* | *Βαθμός* |
|  |  |  |
|  | **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* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι**

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

**Διδακτορικοί Τίτλοι**

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

**Άλλα Δικαιολογητικά που απαιτούνται από την Προκήρυξη**

|  |  |
| --- | --- |
| ***α/α\**** | ***Δικαιολογητικά\**** |
|  | Βιογραφικό Σημείωμα**\*** |
|  | Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου**\*** |
|  | 1 πρόσφατη φωτογραφία στην οποία να αναγράφεται το ονομ/μο του υποψηφίου \* |
|  | Άλλα**\*** |

Ο/Η Υποψήφι….

(Υπογραφή)

Ημερομηνία ……………………..