|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η  Για την πρόσληψη Κλινικού Ακαδημαϊκού Βοηθού (Clinical Fellow) | | | |
|  |  | |  |
|  |  | | Προς: |
|  |  | | **Το Τμήμα Ιατρικής**  **της Σχολής Επιστημών Υγείας του Α.Π.Θ.** |
| ΕΠΙΘΕΤΟ: |  | |  |
| ΟΝΟΜΑ: |  | | Σας παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου στις διαδικασίες για την πρόσληψη Κλινικού Ακαδημαϊκού Βοηθού (Clinical Fellow), στο γνωστικό αντικείμενο ……………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………..  για την Κλινική……………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………  με σύμβαση έργου ορισμένου χρόνου, για τη διεξαγωγή διδακτικού, ερευνητικού ή/και κλινικού έργου.  Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά: |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: |  | |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: |  | |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: |  | |
| ΥΠΗΡΕΤΩ:  (όνομα της Υπηρεσίας) |  | |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: |  | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: |  | |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |  | |
| EMAIL: |  | | 1) Αντίγραφο Πτυχίων και Τίτλων Σπουδών  (σε περίπτωση που οι τίτλοι έχουν αποκτηθεί στο εξωτερικό απαιτείται αναγνώριση του ΔΙΚΑΤΣΑ/ ΔΟΑΤΑΠ, μετάφραση και επικύρωσή τους).  2) Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας.  3) Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος.  4)Πιστοποιητικά/βεβαιώσεις σχετικά με τα απαιτούμενα προσόντα της προκήρυξης (όπου είναι απαραίτητα).  5) Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.  6) Τα ανωτέρω (1-5) και σε ηλεκτρονική μορφή (CD). |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  | |
|  |  | |
|  |  | | 7) Υπεύθυνη Δήλωση (συμπληρώνεται στη Γραμματεία  του Τμήματος). |
|  | | |
|  |  | |
| Θεσσαλονίκη, …………………………………………………… | | Με τιμή  Ο/Η αιτών/ούσα | |
| \* Ισχύουσα νομοθεσία: Ν. 4115/2013 (ΦΕΚ 24/30.1.2013 τ.Α΄), άρθρ.34 «Θέματα ΑΕΙ», παρ. 16 και Ν. 4009/2011 άρθρ.29, όπου προστίθεται η παρ.6., άρθρο 95 (ΦΕΚ 258/8.12.2014 τ.Α΄), παρ. 4 του άρθρ. 19 του Ν. 4452/15.2.2017 και την αριθμ. 17065 απόφαση της Συγκλήτου του ΑΠΘ, συνεδρ. 2965/29 & 30.8.2018-ΦΕΚ 302/Β/7.2.2019 «Κανονισμός Μετεκπαιδευτικών Προγραμμάτων Εξειδίκευσης (Fellowship) του Τμήματος Ιατρικής». | |  | |