**Προς**

**Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης**

**Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής**

**Γραμματεία Π.Μ.Σ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΔΑΕ)**

***ΑΙΤΗΣΗ***

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για συμμετοχή στη διαδικασία αξιολόγησης υποψηφίων εισακτέων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών***:***

***«ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΔΑΕ)/AUDITORY PROCESSING DISORDER(APD)»***

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:  ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΠΟΛΗ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ: |  |
| e- mail: |  |
| ΑΔΤ/  ΗΜΕΡ.  ΕΚΔΟΣΗΣ/  ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ |  |

Μαζί με την αίτηση δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω στείλει με email στην γραμματεία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ΔΑΕ τα ακόλουθα (παρακαλώ τσεκάρετε με v δίπλα σε κάθε υποχρεωτικό δικαιολογητικό:

1. Υπόμνημα- αιτιολόγηση υποψηφιότητας για το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό
2. Αντίγραφο τίτλων σπουδών ελληνικού Πανεπιστημίου ίδιου Τμήματος και πιστοποιητικό ισοτιμίας από το ΔΟΑΤΑΠ, σε περίπτωση πτυχιούχων πανεπιστημίων του εξωτερικού.
3. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο αναφέρονται αναλυτικά οι σπουδές, η διδακτική ή/και επαγγελματική εμπειρία, η επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα του υποψηφίου.
4. Πιστοποιητικό γνώσης ξένης γλώσσας (τουλάχιστον επιπέδου Β2)
5. Δύο (2) συστατικές επιστολές από Καθηγητές Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ, από τον φορέα εργασίας τους, από εκπαιδευτές σε σεμινάρια ή εποπτείες ή από προηγούμενες συνεργασίες με συναδέλφους.
6. Φωτοτυπία των δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας / διαβατηρίου.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφι………..  (Υπογραφή) |  | Θεσσαλονίκη …./…./2021 |