### Προς Τμήμα Ιατρικής Σχολή Επιστημών Υγείας

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Κοινωνική-Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας»

# ΑΙΤΗΣΗ

### Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου **για παρακολούθηση μεμονωμένων μαθημάτων** στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ***«*Κοινωνική-Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας*»***.

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

**Επιλογή Μαθημάτων** (ως τρία)

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

# ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

## 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Δικαιολογητικά* |
|  |  | Βιογραφικό Σημείωμα**\*** |
|  |  | Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου**\*** |
|  |  | Άλλα**\*** |

###  Ημερομηνία υποβολής…………………………. Ο/Η Υποψήφι….

###

 (Υπογραφή)