

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝ:.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝ:.....

Α.Δ.Τ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οδός:.....Αριθ.:.....

Πόλη:.....Τ.Κ.....

Νομός:.....τηλ.:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός:.....Αριθ.:.....

Πόλη:.....Τ.Κ.....

Νομός:.....τηλ.:.....

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ
Πτυχιούχος – Τελειόφοιτος
(Διαγράψτε κατά περίπτωση)

Τμήματος.....

Σχολής.....

Απόφαση ΔΟΑΤΑΠ.....
(Όπου χρειάζεται)

Άλλοι τίτλοι σπουδών.....

.....

.....

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ.....

.....

Π Ρ Ο Σ:

Τη Γραμματεία

**Του Προγράμματος Μεταπτυχιακών
Σπουδών Τμήματος Ιατρικής**

της Σχολής ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ

Παρακαλώ να συμπεριλάβετε την υποψηφιότητά μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο:
«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

Συνημμένα σας επισυνάπτω:

1. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα
2. Αντίγραφο πτυχίου
3. Αντίγραφο αναλυτικής βαθμολογίας
4. Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου.
5. Δύο συστατικές επιστολές
6. Επιστημονικές δημοσιεύσεις, διακρίσεις και αποδεικτικά ερευνητικής δραστηριότητας (αν υπάρχουν)
7. Αποδεικτικά επαγγελματικής εμπειρίας (αν υπάρχουν)
8. Αποδεικτικό γνώσης ξένων γλωσσών
9. Μία φωτογραφία ταυτότητας
10. Δήλωση του Ν. 1599/86 «ότι όλα τα δικαιολογητικά είναι ακριβή αντίγραφα πρωτοτύπων»

Λάρισα

Ο/Η ΑΙΤ.....