



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική Σχολή Αθηνών

Π.Μ.Σ. «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
Αίτηση Υποβολής Δικαιολογητικών (2016-2018)

Φωτογραφία

Προσωπικά Στοιχεία Υποψηφίου

Επώνυμο:	
Όνομα:	
Όνομα πατρός:	
Όνομα μητρός:	
Ημερομηνία γέννησης:	
Τόπος γέννησης:	
Αριθμός Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας:	
Εκδ. Αρχή (ΤΑ):	

Διεύθυνση Κατοικίας (ή όποια επιλέγετε για την αποστολή αλληλογραφίας)

Οδός & Αριθμός:	
Περιοχή:	
Τ.Κ.:	
Πόλη:	

Στοιχεία Επικοινωνίας

Σταθερό τηλέφωνο:	
Κινητό τηλέφωνο:	
Fax:	
E-mail (υποχρεωτικό):	

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώστε με x τα αντίστοιχα πεδία)

1. Αντίγραφο πτυχίου / διπλώματος	<input type="checkbox"/>
2. Αναλυτική βαθμολογία όλων των ετών σπουδών	<input type="checkbox"/>
3. Αντίγραφο σχετικού μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών & αναλυτικής βαθμολογίας (εάν υπάρχει)	<input type="checkbox"/>
4. Αναγνώριση τίτλου σπουδών από το ΔΟΑΤΑΠ (για όσους έχουν τίτλους σπουδών από ΑΕΙ της αλλοδαπής)	<input type="checkbox"/>
5. Δύο συστατικές επιστολές στο προτυποποιημένο έντυπο του ΠΜΣ, από ακαδημαϊκό ή εργασιακό πλαίσιο, σφραγισμένες σε φακέλους από τον υπογράφοντα	<input type="checkbox"/>
6. Βιογραφικό Σημείωμα	<input type="checkbox"/>
7. Επικυρωμένο αποδεικτικό καλής γνώσης Αγγλικής γλώσσας	<input type="checkbox"/>
8. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας	<input type="checkbox"/>
9. Κείμενο εκδήλωσης ενδιαφέροντος (ανώτατο όριο λέξεων: 400)	<input type="checkbox"/>
10. Επιστημονικές δημοσιεύσεις και αποδεικτικά επαγγελματικής, ερευνητικής ή/και διδακτικής εμπειρίας (εάν υπάρχουν)	<input type="checkbox"/>
11. Πτυχία συμπληρωματικής εκπαίδευσης (εάν υπάρχουν)	<input type="checkbox"/>
12. Βεβαίωση της σχολής ή του Τμήματος για την περάτωση σπουδών, συνοδευόμενη από πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας (αφορά μόνο όσους αναμένουν την ορκωμοσία τους)	<input type="checkbox"/>

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που αναφέρω στην αίτηση μου και στα επισυναπτόμενα έγγραφα είναι σωστές και, εφόσον μου ζητηθεί, μπορώ να προσκομίσω συνοδευτικά έγγραφα.

Ημερομηνία:/...../.....

Υπογραφή υποψηφίου/-ας: _____