

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ
(συμπληρώνεται από το ΠΜΣ)

Αριθμ. Πρωτ.:

Ημερομηνία :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ
ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ Π.Μ.Σ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Α.Δ.Τ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (κιν):

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (σταθ):

E-MAIL:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ:

ΠΟΛΗ:ΤΚ:.....

ΝΟΜΟΣ:

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ (Πτυχιούχος)

Τμήματος.....

Σχολής.....

Έτος αποφοίτησης.....

Απόφαση ΔΟΑΤΑΠ.....

(Όπου χρειάζεται)

Άλλοι τίτλοι σπουδών.....

.....

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ.....

.....

ΠΡΟΣ

Το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «*Βιολογία της*
Αναπαραγωγής – Βιοδείκτες στη Μαιευτική και
Γυναικολογία – Περιγεννητική Ιατρική»
του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Παρακαλώ, όπως συμπεριλάβετε την υποψηφιότητά
μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ)
με τίτλο «*Βιολογία της Αναπαραγωγής – Βιοδείκτες*
στη Μαιευτική και Γυναικολογία – Περιγεννητική
Ιατρική» για το **Ακαδημαϊκό Έτος 2024-2025**.

Συνημμένα σας επισυνάπτω:

1. Αντίγραφο πτυχίου
2. Αναλυτική βαθμολογία
3. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
4. Πιστοποιητικά ή Διπλώματα Μεταπτυχιακών Σπουδών
5. Αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας (εάν υπάρχουν).
6. Δυο συστατικές επιστολές
7. Αποδεικτικά ξένων γλωσσών
8. Φωτοτυπία των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
9. Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες ταυτότητας

Λάρισα .../.../2024

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ.....