

ΑΙΤΗΣΗ
Του/της
Ονοματεπώνυμο:

.....

Πατρώνυμο:

.....

Μητρώνυμο:

.....

Ημερομηνία Γέννησης:

.....

Χώρα Γέννησης/Πόλη:

.....

Υπηκοότητα:

.....

Ιδιότητα:

.....

Διεύθυνση κατοικίας/Τ.Κ.

.....

Τηλ. Επικοινωνίας:

.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail):

.....

Θεσσαλονίκη,

Με τιμή

(υπογραφή)

* Για πτυχία της αλλοδαπής επιπρόσθετα απαιτούνται:

1. Μεταφρασμένο επικυρωμένο αντίγραφο
2. Αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ)

Προς
την Γ.Σ.Ε.Σ. του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.

Σας υποβάλλω αίτηση για εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής, σύμφωνα με το άρθρο 9 του Νόμου 3685/08, στον Τομέα

Γνωστικό πεδίο:

.....

Μέλος ΔΕΠ με το οποίο επιθυμώ να συνεργαστώ:

.....

Βαθμίδα:

.....

Τομέας:

.....

Κλινική/Εργαστήριο

.....

Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία πτυχίου
2. Φωτοτυπία Μεταπτυχιακού Τίτλου (εφόσον υπάρχει)
3. Σύντομο βιογραφικό