|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Panepistimio Thessalias logo 01(3) | **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  **«** **Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»** | med_uth_GR |

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

Αριθμός Πρωτοκόλλου:

Ημερομηνία παραλαβής:

**Προς:**  Γραμματεία ΠΜΣ «Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»του Ιατρικού Τμήματος, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΟΝΟΜΑ** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ** | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** | **E-MAIL** |

Συνοδευτικά υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Αντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση ότι ο υποψήφιος εκπλήρωσε τις εκπαιδευτικές του υποχρεώσεις. Στις περιπτώσεις πτυχιούχων πανεπιστημίων της αλλοδαπής συνυποβάλλεται πιστοποιητικό αναγνώρισης από ΔΟΑΤΑΠ
3. Αντίγραφο Αναλυτικής Βαθμολογίας
4. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα
5. Αποδεικτικά επαγγελματικής εμπειρίας (εάν υπάρχουν)
6. Αποδεικτικό γνώσης ξένων γλωσσών
7. Δύο συστατικές επιστολές
8. Δύο φωτογραφίες ταυτότητας
9. Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
10. Επιστημονικές δημοσιεύσεις, διακρίσεις, και αποδεικτικά ερευνητικής δραστηριότητας (εάν υπάρχουν)
11. Δήλωση του Ν. 1599/86 «ότι όλα τα δικαιολογητικά είναι αληθή και ακριβή αντίγραφα πρωτοτύπων»

­­­­­\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_ Ο/Η ΑΙΤ\_\_\_\_\_\_\_



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Ημερομηνία: Αριθμός πρωτοκόλλου:

**Προς:** Γραμματεία ΠΜΣ «Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»του Ιατρικού Τμήματος, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στους υποψηφίους για την εισαγωγή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών **Σπουδών «Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα»**, ακαδημαϊκό έτος 2025-2026.

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ (Λατινικοί χαρακτήρες):** |  |
| **ΟΝΟΜΑ (Λατινικοί χαρακτήρες):** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΔΗΜΟΣ Ή ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:** |  |
| **ΝΟΜΟΣ:** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:** |  |

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΠΟΛΗ:** |  |
| **ΟΔΟΣ:** |  |
| **Τ.Κ.** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** |  |
| **E-MAIL:** |  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |  |
| **ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:** |  |
| **ΑΦΜ:** |  |
| **Δ.Ο.Υ.:** |  |
| **ΑΜΚΑ:** |  |
| **ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:** |  |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:** |  |

Λάρισα, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ο/Η Δηλών/ούσα

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_