 

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

**«Ιστορία, Ηθική και Κοινωνιολογία της Ιατρικής»**

**Αίτηση Υποψηφιότητας**

1. **Προσωπικά στοιχεία**

**Επώνυμο:**

**Όνομα:**

**Όνομα πατρός:**

**Ημερομηνία γέννησης:**

**Διεύθυνση οικίας:**

**Τηλέφωνο οικίας:**

**Κινητό:**

**Ηλεκτρονική διεύθυνση:**

**Ειδικότητα:**

1. **Προπτυχιακές σπουδές**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ίδρυμα | Τμήμα | Ημερομηνία έναρξης | Ημερομηνία απονομής | Βαθμός |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Μεταπτυχιακές σπουδές**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ίδρυμα | Τμήμα | Τίτλος μεταπτυχιακού προγράμματος | Ειδίκευση | Ημερομηνία κτήσης πτυχίου | Βαθμός |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Ξένες γλώσσες**

|  |  |
| --- | --- |
| Γλώσσα | Πιστοποιητικό |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Εκπαιδευτικά προγράμματα – σεμινάρια**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Αντικείμενο | Φορέας | Έτος |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Επαγγελματική εμπειρία**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Χρονική περίοδος | Εργοδότης | Είδος απασχόλησης |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Ερευνητική – επιστημονική δραστηριότητα (ενδεικτική)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Συστατικές επιστολές**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Συνημμένα καταθέτω:**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

**5.**

**6.**

**7.**

**8.**

**9.**

**10.**

**Ημερομηνία …… / …… / ……**

**…… Αιτ……**

**Υπογραφή**