

ΑΙΤΗΣΗ

**ΠΡΟΣ: Τη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής
του Πανεπιστημίου Πατρών**

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ: _____ ΑΡΙΘ. _____

ΠΟΛΗ: _____ Τ.Κ. _____

ΝΟΜΟΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

EMAIL: _____

ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΤΥΧ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ: _____

ΣΧΟΛΗΣ: _____

ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ: _____

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΟΑΤΑΠ: _____

(για τους τίτλους της αλλοδαπής)

ΆΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Πάτρα _____

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου, για επιλογή στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «Ιατρική Φυσική».

Συνημμένα σας υποβάλω:

1. Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας
2. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
3. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας
4. Αντίγραφο πτυχίου
5. Επιστημονικές δημοσιεύσεις (αρ. εργ. _____)
6. Αποδεικτικό ξένης γλώσσας
7. Συστατικές επιστολές

(Για κάθε επιστολή συμπληρώνετε ονοματεπώνυμο, τίτλο, δ/νση και τηλέφωνο του συντάξαντος)

α. _____

β. _____

γ. _____

Ο/Η ΑΙΤ. _____

(υπογραφή)