

ΑΙΤΗΣΗ

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)

ΑΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Πάτρα, _____

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

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου, για επιλογή στο Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών :

“Cell and Gene Therapies: from bench to bedside and Good Manufacturing Practices”

Συνημμένα σας υποβάλλω:

1. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας
2. Αντίγραφο πτυχίου ή διπλώματος (με αναγνώριση ΔΟΑΤΑΠ για ΑΕΙ αλλοδαπής) ή βεβαίωση περάτωσης
3. Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας
4. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
5. Φωτοαντίγραφο Αποδεικτικού γνώσης Αγγλικής Γλώσσας
6. Δυο (2) συστατικές επιστολές
7. Επιστημονικές δημοσιεύσεις (αρ. εργ. _____)
8. Πιστοποιητικά συμμετοχής σε επιστημονικές εκδηλώσεις ή σε ερευνητικά προγράμματα κλπ
9. Λοιπά έγγραφα

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

α. _____

β. _____

γ. _____

Ο/Η ΑΙΤ _____

(υπογραφή)