Ημερομηνία Παραλαβής……………………. ΠΡΟΣ :

Αριθ. Πρωτ………………………………………….ΠΜΣ **«*Σύγχρονη πρόληψη και Αντιμετώπιση Παιδιατρικών Νοσημάτων*»**

του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στους υποψηφίους για την εισαγωγή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών **«*Σύγχρονη πρόληψη και Αντιμετώπιση Παιδιατρικών Νοσημάτων*»,** ακαδημαϊκό έτος 2025-2026.

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΠΟΛΗ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝO:** |  |
| **E-MAIL:** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |  |

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

1. ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ (ΜΕ ΤΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ)
2. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΤΥΧΙΟΥ (ΜΕ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑΣ ΓΙΑ ΠΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΗΣ, ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ
3. ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΔΥΟ ΟΨΕΩΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ)
4. ΜΙΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ
5. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ Κ.Λ.Π (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ)
6. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ)
7. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ
8. ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

9. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ Ν.1599/86 ΔΗΛΩΝΟΝΤΑΣ ΟΤΙ «ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΙΒΗ ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ»

10. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ Ν.1599/86 ΔΗΛΩΝΟΝΤΑΣ ΟΤΙ «ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΕΓΓΕΓΡΑΜΕΝΟΣ ΣΕ ΑΛΛΟ ΠΜΣ ΑΛΛΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ»

Δηλώνω ότι:

1. Έχω διαβάσει, κατανοήσει και συναινώ με το περιεχόμενο της «Πολιτικής Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων» των αιτήσεων των υποψηφίων μεταπτυχιακών φοιτητών του ΠΜΣ «*Σύγχρονη πρόληψη και αντιμετώπιση παιδιατρικών νοσημάτων*» που επισυνάπτεται στο τέλος της παρούσας αίτησης, και τους σύμφωνους προς αυτή, αλλά και τον ισχύοντα Κανονισμό των Π.Μ.Σ., σκοπούς επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μου.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

………………