Προς

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής

**Γραμματεία Π.Μ.Σ. «Δερματοσκόπηση»**

**ΑΙΤΗΣΗ**

(Οι στήλες με αστερίσκο (\*) συμπληρώνονται από τη Γραμματεία)

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση για τη συμμετοχή μου στη διαδικασία αξιολόγησης υποψηφίων εισακτέων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ***«Δερματοσκόπηση»*** για το ακαδημαϊκό έτος 2024-2025.

***Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ***

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Μητρώνυμο: |  |
| Ταχ. Διεύθυνση: |  |
| Πόλη: |  |
| Τηλέφωνα επικ.: |  |
| e- mail |  |

**Β. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ**

**Α΄ ΜΕΡΟΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Τίτλος δικαιολογητικού** | **Υποβολή** |
| 1. |  | Βιογραφικό σημείωμα | ✓ |
| 2. |  | Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας | ✓ |
| 3. |  | Φωτογραφία τύπου ταυτότητας | ✓ |
| 4. |  | Δήλωση σκοπού | ✓ |
| 5. |  |  |  |

**Β΄ ΜΕΡΟΣ**

**1. Τίτλοι βασικών σπουδών (Πτυχίο)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Ίδρυμα / Σχολή / Τμήμα** | **Βαθμός** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π., ή άδεια ασκήσεως επαγγέλματος | | |
|  |  | Αντιστοιχία Βαθμολογίας από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. | | |

**2. Πιστοποιητικά Αγγλικής Γλώσσας**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Μόρια\*** |
|  |  | Certificate of Proficiency in English (CAMBRIDGE ή MICHIGAN) |  |
|  |  | Certificate in Advanced English (CAMBRIDGE) |  |
|  |  | First Certificate in English (CAMBRIDGE ή MICHIGAN) |  |
|  |  | Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε) |  |

**3. Πιστοποιητικά άλλων ξένων γλωσσών**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Γλώσσα** | **Τίτλος Πιστοποιητικού** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4. Συστατικές επιστολές**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Ονοματεπώνυμο/Επωνυμία Φορέα** | **Τίτλος** | **Μόρια\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**5. Ερευνητική δραστηριότητα/επαγγελματική δραστηριότητα**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Δραστηριότητα** | **Αριθμός** | **Μόρια\*** |
|  |  | Ανακοινώσεις σε ελληνικά συνέδρια |  |  |
|  |  | Ανακοινώσεις σε διεθνή συνέδρια |  |  |
|  |  | Δημοσιεύσεις σε ελληνικά περιοδικά |  |  |
|  |  | Δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά |  |  |
|  |  | Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Συναφή επαγγελματική εμπειρία** | **Φορέας** | **Έτη απασχόλησης** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**6. Μεταπτυχιακοί Τίτλοι σπουδών**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **\*** | **Ίδρυμα** | **Τίτλος** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Αναγνώριση από το Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. | | |

**7. Συναίνεση στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δήλωση** | **Συναινώ** |  |
| Το ΠΜΣ «Δερματοσκόπηση» βρίσκεται σε αναμονή έγκρισης του νέου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του σύμφωνα με τον οποίο θα εφαρμόζει από το ακ. έτος 2024-2025 την μέθοδο της μεικτής εκπαίδευσης με ποσοστά 15% δια ζώσης και 85% εξ αποστάσεως και όχι την 100% δια ζώσης όπως ορίζει ο ισχύων κανονισμός του. Καλείστε να συναινέσετε με την αλλαγή αυτή προκειμένου να συμμετάσχετε στην εκπαιδευτική του διαδικασία. | ΝΑΙ | ✓ |
| ΟΧΙ |  |

**8. Συνέντευξη \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή** | **Βαθμός** | **Μόρια\*** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφιος/α  (Υπογραφή) | Απέσυρε τα δικαιολογητικά \*  ………………………………………………  Ημερομηνία ………….…  (Υπογραφή) | Θεσσαλονίκη, ………………… |