

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«**ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ»**

Αριθ. Πρωτοκ.:………………………..

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα : |  |
| Πατρώνυμο: |  |
| Α.Δ.Τ.: |  |
| Δ/νση κατοικίας |  |
| Οδός: |  |
| Τ.Κ.: | Πόλη: |  |
| Τηλέφωνο: |  |
| E-mail: |  |
| Λάρισα, / / 2023  |

**ΠΡΟΣ:**

Τη Γραμματεία του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ):

**«Φυσικές Αρχές Βιοϊατρικής Απεικόνισης και Ακτινοπροστασία»**

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την υποψηφιότητά μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο **«Φυσικές Αρχές Βιοϊατρικής Απεικόνισης και Ακτινοπροστασία»** για το Ακαδημαϊκό Έτος 2023-2024.

Συνημμένα σας επισυνάπτω:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Αίτηση Συμμετοχής |
| 2. | Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα  |
| 3. | Αντίγραφο πτυχίου (ή Βεβαίωση περάτωσης ) |
| 4. | Αντίγραφο Αναλυτικής Βαθμολογίας |
| 5. | Διπλώματα Μεταπτυχιακών Σπουδών (εάν υπάρχουν) |
| 6. | Αποδεικτικά επαγγελματικής εμπειρίας (εάν υπάρχουν) |
| 7. | Δύο συστατικές επιστολές |
| 8. | Επιστημονικές δημοσιεύσεις, διακρίσεις, και αποδεικτικά ερευνητικής δραστηριότητας (εάν υπάρχουν) |
| 9. | Φωτοτυπία δύο όψεων αστυνομικής ταυτότητας |
| 10. | Πιστοποιητικό γνώσης της Αγγλικής γλώσσας και άλλων ξένων γλωσσών (εάν υπάρχουν) |
| 11. | Μια πρόσφατη φωτογραφία ταυτότητας |
| 12. | Δήλωση του Ν. 1599/86 «ότι όλα τα δικαιολογητικά είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων». |

Ο/Η Αιτών/-ούσα