### Προς Τμήμα Ιατρικής Σχολή Επιστημών Υγείας

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Κοινωνική-Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας»

# ΑΙΤΗΣΗ

### Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για **συμμετοχή** στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ***«*Κοινωνική-Προληπτική Ιατρική και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας*»*** (*παράκληση να συμπληρωθεί ηλεκτρονικά*).

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** |  |
| **ΠΟΛΗ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:**  *(μία επιλογή)* | Πρόληψη και Δημόσια Υγεία (Prevention and Public Health)  Ποιότητα Φροντίδας Υγείας και Ασφάλεια Ασθενών  (Quality in Health Care and Patient Safety) |

# ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

## Τίτλος Σπουδών (Πτυχίο)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *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.** | | |

**Ξένες Γλώσσες**

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

**Ερευνητική δραστηριότητα**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Δραστηριότητα* | *Περιοδικό/Συνέδριο* | ***Μόρια\**** |
|  |  | **Συγγραφέας σε άρθρο**  **διεθνούς περιοδικού έντυπου ή ηλεκτρονικού (peer reviewed Journal)** |  |  |
|  |  | **Συγγραφέας σε άρθρο εθνικά αναγνωρισμένου ελληνικού περιοδικού έντυπου ή ηλεκτρονικού (peer reviewed Journal)** |  |  |
|  |  | **Συγγραφέας σε**  **ανακοίνωση ελληνικού ή διεθνούς συνεδρίου ή εισηγητής σε στρογγυλή τράπεζα** |  |  |

**Μεταπτυχιακοί Τίτλοι**

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

**Διδακτορικοί Τίτλοι**

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

**Επαγγελματική εμπειρία/Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα (βεβαίωση εργοδότη-αποδεικτικό από ασφαλιστικό φορέα)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Τίτλος Θέσης & Φορέας* | *Έτη* | *Μήνες* | ***Μόρια\**** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Άλλα Δικαιολογητικά**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***α/α\**** | ***\**** | *Δικαιολογητικά* |
|  |  | Βιογραφικό Σημείωμα**\*** |
|  |  | Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου**\*** |
|  |  | Άλλα**\*** |

**Συνέντευξη**

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

### **Δήλωση σκοπού παρακολούθησης του ΠΜΣ**

|  |
| --- |
| ***Γιατί θέλετε να φοιτήσετε στο συγκεκριμένο ΠΜΣ;*** |
|  |

### **Ημερομηνία υποβολής…………………………. Ο/Η Υποψήφι….**

### 

*(Υπογραφή)*