

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΑΡΙΘ.:..... **ΠΟΛΗ:**.....

Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΤΗΛ.:

ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:.....

e-mail:.....

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ

ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ

ΤΜΗΜΑΤΟΣ:.....

ΣΧΟΛΗΣ:.....

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ:.....

Αν είστε πτυχιούχος της αλλοδαπής: αναγνώριση από
Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. (Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης
Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης)

Αριθ. Πράξης:.....

ΆΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

α).....

β).....

.....

.....

Προς:
τη Γραμματεία
του Τμήματος **Φαρμακευτικής**
του Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου
στη διαδικασία επιλογής για την εγγραφή μου
στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
με τίτλο: «**Κλινική Φαρμακευτική**».

Επισυνάπτονται:

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Βιογραφικό σημείωμα
3. Ευκρινές Φωτοαντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση περάτωσης σπουδών (απαιτείται η αναγραφή του βαθμού πτυχίου)
4. Μέσος όρος των βαθμών πτυχίων του Τμήματος με βάση τα δύο (2) τελευταία χρόνια του ακαδημαϊκού έτους αποφοίτησης του υποψηφίου.
5. Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας
6. Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με κριτές, εάν υπάρχουν
7. Αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας, εάν υπάρχουν
8. Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
9. Δύο συστατικές επιστολές
10. Πιστοποιητικό γλωσσομάθειας π.χ. αγγλικής/γαλλικής γλώσσας, επιπέδου B2.

Οι φοιτητές από ιδρύματα της αλλοδαπής πρέπει να προσκομίσουν πιστοποιητικό αντιστοιχίας και ισοτιμίας από τον ΔΟΑΤΑΠ ή να ξεκινήσουν τη διαδικασία αναγνώρισης του τίτλου σπουδών από τον ΔΟΑΤΑΠ, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Για κάθε συστατική Επιστολή συμπληρώστε
ονοματεπώνυμο, τίτλο, διεύθυνση, και τηλέφωνο.

1.....
.....

2.....
.....

Αθήνα.....

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΩΣ: 5-9-2022