

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

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΔΡΟΜΟΣ:.....

ΑΡΙΘ.:..... **ΠΟΛΗ:**.....

Τ.Κ.:.....

ΝΟΜΟΣ:.....

ΤΗΛ.:.....

ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:.....

e-mail:.....

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ

ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ

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: «**Κοσμητολογία-Δερματοφαρμακολογία**».

Επισυνάπτονται:

1. Αίτηση Συμμετοχής.
2. Βιογραφικό σημείωμα.
3. Ευκρινές φωτοαντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση περάτωσης σπουδών στην οποία αναγράφεται ο βαθμός πτυχίου. Απαραίτητος είναι επίσης ο Μ.Ο. βαθμού πτυχίου του Τμήματος με βάση τα δύο (2) τελευταία χρόνια συμπεριλαμβανομένου του ακαδημαϊκού έτους αποφοίτησης του υποψηφίου.
4. Αναλυτική Βαθμολογία προπτυχιακών μαθημάτων.
5. Πιστοποιητικό γλωσσομάθειας αγγλικής γλώσσας επιπέδου B2 ή ανώτερου.
6. Δύο συστατικές επιστολές.
7. Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με κριτές, εάν υπάρχουν.
8. Αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας, εάν υπάρχουν.
9. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας ή επαρκούς, διαπιστωμένη από τη Σ.Ε. του Π.Μ.Σ., γνώση της ελληνικής γλώσσας για αλλοδαπούς υποψήφιους (επάρκεια ελληνικής γλώσσας επιπέδου τουλάχιστον B2), εκτός εάν είναι απόφοιτοι ελληνικού εκπαιδευτικού ιδρύματος.
10. Αναγνώριση ακαδημαϊκού τίτλου σπουδών της αλλοδαπής από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.
11. Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.

Αθήνα.....

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΩΣ: 1-9-2023