



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

"Αποκατάσταση Βλαβών Νωτιαίου Μυελού.

Διαχείριση του πόνου Σπονδυλικής προέλευσης"

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (Συμπληρώνονται με κεφαλαία)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Επώνυμο

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Όνομα

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Όνομα Πατέρα

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Όνομα Μητέρας

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Ημερομηνία γέννησης

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τόπος γέννησης

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Υπηκοότητα

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Αριθμός ταυτότητας ή Αριθμός διαβατηρίου

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (ΑΦΜ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΔΟΥ

Διεύθυνση μονίμου κατοικίας

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Οδός

Αριθμός

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πόλη

T.K.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Χώρα

Διεύθυνση εργασίας

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Οδός

Αριθμός

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πόλη

T.K.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τηλέφωνο κατοικίας

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τηλέφωνο εργασίας

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τηλέφωνο κινητό

--

e-mail (υποχρεωτικό πεδίο)

2. ΣΠΟΥΔΕΣ**Προπτυχιακές Σπουδές**

ΑΕΙ	Τμήμα	Περίοδος Σπουδών	Ημερομηνία απονομής (ή αναμενόμενη)	Βαθμός

Διπλωματική Εργασία - Πρακτική Άσκηση

ΑΕΙ-Τμήμα	Αντικείμενο	Ημερομηνία έγκρισης (ή αναμενόμενη)	Βαθμός

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας:

Επιβλέπων Καθηγητής: _____

Μεταπτυχιακές Σπουδές

ΑΕΙ-Τμήμα	Αντικείμενο	Ημερομηνία έγκρισης (ή αναμενόμενη)	Βαθμός

Λεπτομερής Τίτλος Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master) ή άλλου Διπλώματος που έχει απονεμηθεί:

Επιβλέπων Καθηγητής: _____

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ή ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ίδρυμα / Εργαστήριο: _____

Χρονική διάρκεια: _____

Επιβλέπων Καθηγητής: _____

Δημοσιεύσεις (Επισυνάψτε ανάτυπα)

- α) _____
- β) _____
- γ) _____
- δ) _____

4. ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Γλώσσα	Πιστοποιητικό	Βαθμός

5. ΒΡΑΒΕΙΑ, ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

- α) _____
- β) _____
- γ) _____

6. ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ Ή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

(Περιλαμβάνεται απασχόληση σε ΑΕΙ και εκτός ΑΕΙ. Αναφέρετε όνομα εργοδότη, είδος απασχόλησης και ημερομηνίες χρονολογικά, αρχίζοντας από την πιο πρόσφατη):

- α) _____
- β) _____
- γ) _____
- δ) _____

7. ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

8. ΣΥΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ

Ονόματα και τίτλοι των τριών προσώπων, από τα οποία έχετε ζητήσει Συστατικές Επιστολές.

α) _____

β) _____

γ) _____

9. ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ

Υποτροφίες, τις οποίες έχετε λάβει ή επιδιώκετε. Αναφέρετε Ίδρυμα, τίτλο υποτροφίας, διάρκεια και ποσό.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Η αίτηση μπορεί να υποβληθεί μαζί με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά από τις **12/04/2021** μέχρι τις **31/07/2021** στην διεύθυνση:

Γραμματεία Π.Μ.Σ. «Αποκατάσταση Βλαβών Νωτιαίου Μυελού.

Διαχείριση του πόνου Σπονδυλικής Προέλευσης».

Γ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,

Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»,

Κα Σταυροπούλου Αλίκη

Νίκης 2, Κηφισιά

Τ.Κ. 145 61

ή ηλεκτρονικά στο e-mail: **alikist@uoa.gr**