

# ΑΙΤΗΣΗ

**ΠΡΟΣ: Τη Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής  
του Πανεπιστημίου Πατρών**

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: \_\_\_\_\_

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_

## Δ / Ν Σ Η Κ Α Τ Ο Ι Κ Ι Α Σ

ΟΔΟΣ: \_\_\_\_\_ ΑΡΙΘ \_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ: \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

ΝΟΜΟΣ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

## Τ Ι Τ Λ Ο Σ Σ Π Ο Υ Δ Ω Ν

ΠΤΥΧ. ΤΜΗΜΑΤΟΣ: \_\_\_\_\_

ΣΧΟΛΗΣ: \_\_\_\_\_

ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ: \_\_\_\_\_

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΟΑΤΑΠ: \_\_\_\_\_

(για τους τίτλους της αλλοδαπής)

## Α Λ Λ Ο Ι Τ Ι Τ Λ Ο Ι Σ Π Ο Υ Δ Ω Ν

\_\_\_\_\_

## Ξ Ε Ν Ε Σ Γ Λ Ω Σ Σ Ε Σ

\_\_\_\_\_

Πάτρα \_\_\_\_\_

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου, για  
επιλογή στο Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών :  
«Ιατρική Φυσική - Ακτινοφυσική» (ΔΠΜΣ ΙΦ-  
Α).

Συνημμένα σας υποβάλλω:

1. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας
2. Αντίγραφο πτυχίου ή διπλώματος (με  
αναγνώριση ΔΟΑΤΑΠ για ΑΕΙ αλλοδαπής) ή  
βεβαίωση περάτωσης
3. Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας
4. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
5. Φωτοαντίγραφο Αποδεικτικού γνώσης Αγγλικής  
Γλώσσας (επιπέδου Β2)
6. Συστατικές επιστολές (τουλάχιστον 2)
7. Επιστημονικές δημοσιεύσεις (αρ. εργ. \_\_\_\_\_)  
(Για κάθε συστατική επιστολή συμπληρώνετε  
ονοματεπώνυμο, τίτλο, δ/νση και τηλέφωνο του  
συντάξαντος)

α. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

β. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

γ. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ο/Η ΑΙΤ \_\_\_\_\_

(υπογραφή)

