

## ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Όνομα πατέρα: .....

Έτος γέννησης: .....

Τόπος γέννησης: .....

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός: .....

Αριθμ. .... Πόλη: .....

Τ.Κ. .... Νομός: .....

Τηλέφωνο: .....

Κινητό: .....

e-mail: .....

### ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

Πτυχιούχος  Τελειόφοιτος

Τμήματος: .....

Σχολής: .....

Πανεπιστημίου: .....

Αποφ. ΔΟΑΤΑΠ: .....

(Για τίτλους της αλλοδαπής)

Άλλοι τίτλοι σπουδών: .....

.....

Ξένες γλώσσες: .....

.....

.....

.....

...../...../2017  
(Τόπος) (Ημερομηνία)

### **ΠΡΟΣ:**

το Τμήμα Χημείας του Πανεπιστημίου Πατρών

Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στους υποψήφιους του Διατμηματικού Π.Μ.Σ. στη "Ιατρική Χημεία: Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Φαρμακευτικών Προϊόντων" για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης.

Επισυνάπτω:

1. Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση που οι τίτλοι σπουδών προέρχονται από Πανεπιστήμιο της αλλοδαπής απαιτείται η σχετική βεβαίωση ισοτιμίας και αντιστοιχίας από τον ΔΟΑΤΑΠ.
2. Πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας
3. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
4. Επιστημονικές δημοσιεύσεις (αριθμ. εργασιών .....
5. Αποδεικτικό ξένης γλώσσας.
6. Μία φωτογραφία.
7. Δύο συστατικές επιστολές από Καθηγητές του Τμήματος αποφοίτησης
8. Βιογραφικό σημείωμα

Ο/Η ΑΙΤ.....

**Προθεσμία υποβολής έως 29-09-2017.**