Προς

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής

**Γραμματεία Π.Μ.Σ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΔΑΕ)**

***ΑΙΤΗΣΗ***

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτησή μου για συμμετοχή στη διαδικασία αξιολόγησης υποψηφίων εισακτέων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών***:***

***«ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΔΑΕ)/AUDITORY PROCESSING DISORDER(APD)»***

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:  |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΠΟΛΗ: |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΑ: |  |
| e- mail: |  |
| ΑΔΤ/ΗΜΕΡ.ΕΚΔΟΣΗΣ/ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ |  |

Μαζί με την αίτηση δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω στείλει με email στην γραμματεία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ΔΑΕ τα ακόλουθα (παρακαλώ τσεκάρετε με v δίπλα σε κάθε υποχρεωτικό δικαιολογητικό:

1. Υπόμνημα
2. Αντίγραφο τίτλων σπουδών ελληνικού Πανεπιστημίου ίδιου Τμήματος και πιστοποιητικό ισοτιμίας από το ΔΟΑΤΑΠ, σε περίπτωση πτυχιούχων πανεπιστημίων του εξωτερικού.
3. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο αναφέρονται αναλυτικά οι σπουδές, η διδακτική ή/και επαγγελματική εμπειρία, η επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα του υποψηφίου.
4. Πιστοποιητικό γνώσης ξένης γλώσσας (τουλάχιστον επιπέδου Β2)
5. Δύο (2) συστατικές επιστολές από Καθηγητές Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ, από τον φορέα εργασίας τους, από εκπαιδευτές σε σεμινάρια ή εποπτείες.
6. Φωτοτυπία των δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας / διαβατηρίου.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο/Η υποψήφι………..(Υπογραφή) |  | Θεσσαλονίκη …./…./202.. |