



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Τέρμα Ερυθρού Σταυρού, Διοικητικές Υπηρεσίες 2^{ος} όροφος

Τ.Κ. 22100 Τρίπολη

Τηλ.: 2710-230700 email: nrsgram@uop.gr

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ: _____

ΟΔΟΣ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ: _____ Τ.Κ. _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ: _____

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ

(email): _____

ΑΜΚΑ: _____

Προς: Τμήμα Νοσηλευτικής

Παρακαλώ για την εγγραφή μου ως Υποψήφιος
Διδάκτορας του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής
Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου. Το προτεινόμενο πεδίο έρευνας
είναι:

την οποία επιθυμώ να επιβλέπει
ο/η

Στην παρούσα αίτηση επισυνάπτονται:

1. Αντίγραφο του βασικού πτυχίου (*)
2. Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (*)
3. Αποδεικτικό καλής γνώσης ξένων γλωσσών
4. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα
5. _____ (**) συστατικές επιστολές
6. Αντίγραφα επιστημονικών δημοσιεύσεων (εφόσον υπάρχουν)
7. _____
8. _____

Ο
αιτών/ουσα

.....

(υπογραφή)