|  |
| --- |
|  **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης Τέρμα Ερυθρού Σταυρού, Διοικητικές Υπηρεσίες 2ος όροφος  Τ.Κ. 22100 Τρίπολη Τηλ.: 2710-230700 email: nrsgram@uop.gr |
| **Α Ι Τ Η Σ Η** |  | **Προς**: Τμήμα Νοσηλευτικής |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: \_  |  | Παρακαλώ για την εγγραφή μου ως Υποψήφιος Διδάκτορας του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστήμιου Πελοποννήσου. Το προτεινόμενο πεδίο έρευνας είναι: την οποία επιθυμώ να επιβλέπει ο/η |
| ΟΝΟΜΑ:  |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_  |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:  |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |
|  |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_  |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ*** |
| ΠΕΡΙΟΧΗ:  |
| ΟΔΟΣ:  |  | Στην παρούσα αίτηση επισυνάπτονται: |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:. Τ.Κ.  |  | 1. Αντίγραφο του βασικού πτυχίου (\*) |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_  |  | 2. Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (\*) |
|  |  | 3. Αποδεικτικό καλής γνώσης ξένων γλωσσών |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |  | 4. Αναλυτικό Βιογραφικό Σημείωμα |
| ΑΡΙΘΜΟΣ:  |  | 5. (\*\*) συστατικές επιστολές |
| ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: |  | 6. Αντίγραφα επιστημονικών δημοσιεύσεων (εφόσον υπάρχουν) |
| ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: |  | 7.  |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (email):*** |  | 8.  |
|  |  | Ο αιτών/ουσα |
|  |  | .......................................... |
| **ΑΜΚΑ:** \_  |  | (υπογραφή) |
|  |  |  |

\*Σε περίπτωση που πρόκειται για δίπλωμα Πανεπιστημίου του εξωτερικού η αναγνώρισή του από τον ΔΟΑΤΑΠ συνυποβάλλεται με την αίτηση