|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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](mailto: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