

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**

ΑΙΤΗΣΗ

Προθεσμία Υποβολής Αιτήσεων: 1/9/2023

Επώνυμο:.....

Όνομα

Όνομα Πατέρα

Έτος Γεννήσεως.....

Τόπος Γεννήσεως.....

ΑΜΚΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟδόςΑριθ.....

Πόλη :.....Τ.Κ.....

Νομός..... Τηλ

ΚινητόE-mail

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

Πτυχιούχος Τελειόφοιτος

Τμήματος

Σχολής

Πανεπιστημίου :.....

Βαθμός:.....

Αν είστε πτυχιούχος της αλλοδαπής έχετε αναγνώριση από ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ ή Βεβαίωση Τόπου Σπουδών:.....

Άλλοι Τίτλοι Σπουδών και βαθμοί:

.....

.....

.....

.....

Ξένες Γλώσσες (με βαθμό γνώσης: μέτρια, καλά, πολύ καλά κλπ.):

.....

.....

Πάτρα...../..... / 2023

Προς: το Τμήμα Φαρμακευτικής
Πανεπιστημίου Πατρών, 265 04 ΠΑΤΡΑ

Παρακαλώ όπως με συμπεριλάβετε στους υποψηφίους του Τμήματός σας, για την εισαγωγή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ.) και συγκεκριμένα για την απόκτηση :

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Μ.Σ.) στην «Ανακάλυψη και Ανάπτυξη Φαρμάκων» στην ειδικευση:
Α. Φαρμακευτική Χημεία – Φυσικά Προϊόντα
Β. Βιομηχανική Φαρμακευτική
Γ. Μοριακή Φαρμακολογία και Βιοτεχνολογία

- Επιλέγω ως επιβλέποντα τον/την:

.....

Αποδοχή του επιβλέποντος (υπογραφή):.....

- Επισυνάπτω :

1. Αναλυτική Βαθμολογία
2. Βιογραφικό Σημείωμα
3. Γραπτή έκθεση για τους λόγους εισαγωγής
4. Αντίγραφο Αστυν.Ταυτότητας
5. Αντίγραφο Πτυχίου
6. Αντίγραφα Επιστ. Δημοσιεύσεων
7. Αντίγραφα Ξένων Γλωσσών
8. Δύο φωτογραφίες τύπου ταυτότητας
9. Δύο συστατικές επιστολές
10. Μόνο για τους τίτλους της αλλοδαπής (Απόφαση ΔΙΚΑΤΣΑ ή ΔΟΑΤΑΠ ή Βεβαίωση Τόπου Σπουδών από τον φορέα πραγματοποίησης των σπουδών)

Για κάθε συστατική επιστολή συμπληρώστε: Ονοματεπώνυμο, Τίτλο, Διεύθυνση, e-mail και Τηλέφωνο του συντάξαντος

α).....

.....

.....

β).....

.....

.....

O/H Αιτ.....