

Διεύθυνση μόνιμου κατοικίας *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Οδός & Αριθμός

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πόλη

Τ.Κ.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Χώρα

Διεύθυνση εργασίας *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Οδός & Αριθμός

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πόλη

Τ.Κ.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τηλέφωνο κατοικίας *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τηλέφωνο εργασίας *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Τηλέφωνο κινητό *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail*

2. ΣΠΟΥΔΕΣ**Προπτυχιακές Σπουδές ***

ΑΕΙ	Τμήμα	Περίοδος Σπουδών	Ημερομηνία απονομής (ή αναμενόμενη)	Βαθμός

* Υποχρεωτικό πεδίο

Διπλωματική Εργασία - Πρακτική Άσκηση *

ΑΕΙ-Τμήμα	Αντικείμενο	Ημερομηνία έγκρισης (ή αναμενόμενη)	Βαθμός

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας:

Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια: _____

Μεταπτυχιακές Σπουδές

ΑΕΙ-Τμήμα	Αντικείμενο	Ημερομηνία έγκρισης (ή αναμενόμενη)	Βαθμός

Λεπτομερής Τίτλος Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master) ή άλλου Διπλώματος που έχει απονεμηθεί:

Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια: _____

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ή ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ίδρυμα / Εργαστήριο: _____

Χρονική Διάρκεια: _____

Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια: _____

* Υποχρεωτικό πεδίο

Δημοσιεύσεις (Επισυνάψτε ανάτυπα)

- α) _____
- β) _____
- γ) _____
- δ) _____

4. ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ *

Γλώσσα	Πιστοποιητικό	Βαθμός

5. ΒΡΑΒΕΙΑ, ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

- α) _____
- β) _____
- γ) _____

6. ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ Ή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

(Περιλαμβάνεται απασχόληση σε ΑΕΙ και εκτός ΑΕΙ. Αναφέρετε όνομα εργοδότη, είδος απασχόλησης και ημερομηνίες χρονολογικά, αρχίζοντας από την πιο πρόσφατη):

- α) _____
- β) _____
- γ) _____
- δ) _____

7. ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

* Υποχρεωτικό πεδίο

8. ΣΥΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ *

Ονόματα και τίτλοι των τριών προσώπων, από τα οποία έχετε ζητήσει Συστατικές Επιστολές.

α) _____

β) _____

γ) _____

9. ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ

Υποτροφίες, τις οποίες έχετε λάβει ή επιδιώκετε. Αναφέρετε Ίδρυμα, τίτλο υποτροφίας, διάρκεια και ποσό.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Η αίτηση μπορεί να υποβληθεί μαζί με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά στη διεύθυνση:

Γραμματεία Π.Μ.Σ. «Αποκατάσταση Βλαβών Νωτιαίου Μυελού.

Διαχείριση του πόνου Σπονδυλικής Προέλευσης».

Γ' Ορθοπαιδικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,

Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»,

Κα Σταυροπούλου Αλίκη

Νίκης 2, Κηφισιά

Τ.Κ. 145 61

ή ηλεκτρονικά στο e-mail: scl@med.uoa.gr