|  |  |
| --- | --- |
| ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ |  |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ** |  |
| **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ** | Προς: |
|  | τη Γραμματεία του Τμήματος **Φαρμακευτικής** |
| **ΑΙΤΗΣΗ** | του Εθνικού και Καποδιστριακού  |
|  | Πανεπιστημίου Αθηνών |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:**....................................................................... |  |
|  | Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου |
| **ΟΝΟΜΑ:**............................................................................ | στη διαδικασία επιλογής για την εγγραφή μου |
|  | στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**................................................................. | με τίτλο: **«Βιομηχανική Φαρμακευτική»**. |
|  |  |
|  **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:**...................................................... | Επισυνάπτονται: |
|  | 1. Αίτηση Συμμετοχής
 |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** ......................................................……………………………………………………………..**ΑΡΙΘ.:**...............**ΠΟΛΗ:**..................................................... | 1. Πλήρες βιογραφικό σημείωμα, που θα περιλαμβάνει οπωσδήποτε στοιχεία για τις σπουδές, την ερευνητική ή και επαγγελματική δραστηριότητα και τις πιθανές επιστημονικές εργασίες του Υποψηφίου.
 |
| **Τ.Κ.:**.................................................................................... | 1. Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
 |
| **ΝΟΜΟΣ:**.............................................................................**ΤΗΛ.:**...................................................................................**ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:**.................................................................**e-mail:**…………………………………………………….. | 1. Ευκρινές φωτοαντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση περάτωσης σπουδών στην οποία αναγράφεται ο βαθμός πτυχίου. Απαραίτητος είναι επίσης ο Μ.Ο. βαθμού πτυχίου του Τμήματος με βάση τα δύο (2) τελευταία χρόνια συμπεριλαμβανομένου του ακαδημαϊκού έτους αποφοίτησης του υποψηφίου.
 |
|  | 1. Αναλυτική Βαθμολογία προπτυχιακών μαθημάτων
 |
| **ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ** | 1. Πιστοποιητικό γλωσσομάθειας αγγλικής γλώσσας επιπέδου Β2 ή ανώτερου.
 |
| **ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ** | 1. Δύο συστατικές επιστολές
 |
| **ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ** | 1. Επιστημονικές δημοσιεύσεις, εάν υπάρχουν.
 |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ:**........................................................ | 1. Αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας, εάν υπάρχουν.
 |
| **Αν είστε πτυχιούχος της αλλοδαπής:** αναγνώριση από**Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.** (Διεπιστημονικός Οργανισμός ΑναγνώρισηςΤίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης)Αριθ. Πράξης:............................................................................... | 1. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας ή επαρκής, διαπιστωμένη από την Επιτροπή Επιλογής Εισακτέων του ΠΜΣ, γνώση της ελληνικής γλώσσας για αλλοδαπούς υποψήφιους, οι οποίοι επιθυμούν να συμμετέχουν σε ΠΜΣ που διοργανώνεται στην ελληνική γλώσσα.
 |
| **ΑΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ**α).......................................................................................... | 1. Αναγνώριση ακαδημαϊκού τίτλου σπουδών της αλλοδαπής από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.
 |
| β).......................................................................................... | Αθήνα.................. |
| Ο/Η Αιτ………… |
|  |
|  |  |
| Είναι απαραίτητο να είμαι ενήμερος/η για τον Αριθμό Πρωτοκόλλου της Αίτησής μου[Πληκτρολογήστε μια φράση από το έγγραφο ή τη σύνοψη για ένα ενδιαφέρον σημείο. Τοποθετήστε το πλαίσιο κειμένου οπουδήποτε στο έγγραφο. Από την καρτέλα "Εργαλεία σχεδίασης" αλλάξτε τη μορφοποίηση του πλαισίου κειμένου της ελκυστικής φράσης.] | (υπογραφή) |
|  | **ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΩΣ: 1/9/2025** |

 Οι αιτήσεις υποβάλλονται στη Γραμματεία του Τμήματος

 Φαρμακευτικής Δευτέρα-Τετάρτη-Παρασκευή 11:00-14:00