|  |  |
| --- | --- |
| **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: **«Κοσμητολογία-Δερματοφαρμακολογία»**. |
|  |  |
| **ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:**...................................................... | Επισυνάπτονται: |
|  | 1. Αίτηση Συμμετοχής. |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** ......................................................  ……………………………………………………………..  **ΑΡΙΘ.:**...............**ΠΟΛΗ:**.....................................................  **Τ.Κ.:**....................................................................................  **ΝΟΜΟΣ:**.............................................................................  **ΤΗΛ.:**...................................................................................  **ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:**................................................................. | 1. Βιογραφικό σημείωμα. 2. 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. 3. Αναλυτική Βαθμολογία προπτυχιακών μαθημάτων. 4. Πιστοποιητικό γλωσσομάθειας αγγλικής γλώσσας επιπέδου Β2 ή ανώτερου. 5. Δύο συστατικές επιστολές. 6. Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με κριτές, εάν υπάρχουν. |
| **e-mail:**…………………………………………………….. | 1. Αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας, εάν υπάρχουν. |
| **ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ** **ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ** **ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ**  [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.] **ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ** | 1. Πιστοποιητικό ελληνομάθειας ή επαρκής, διαπιστωμένη από τη Σ.Ε. του Π.Μ.Σ., γνώση της ελληνικής γλώσσας για αλλοδαπούς υποψήφιους (επάρκεια ελληνικής γλώσσας επιπέδου τουλάχιστον Β2), εκτός εάν είναι απόφοιτοι ελληνικού εκπαιδευτικού ιδρύματος. 2. Αναγνώριση ακαδημαϊκού τίτλου σπουδών της αλλοδαπής από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ:**........................................................ | 1. Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας. |
| **Αν είστε πτυχιούχος της αλλοδαπής:** αναγνώριση από  **Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.** (Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης  Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης) | Αθήνα..................  Ο/Η Αιτ………… |
| Αριθ. Πράξης:...............................................................................  **ΑΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ** |  |
| α).......................................................................................... | (υπογραφή) |
|  |
| β).......................................................................................... | **ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΕΩΣ: 5/9/2025** |
|  | Οι αιτήσεις υποβάλλονται στη Γραμματεία του Τμήματος Φαρμακευτικής Δευτέρα-Τετάρτη-Παρασκευή 11:00-14:00 |