



ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την υποψηφιότητά μου για την εισαγωγή μου στο
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
“Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Κοινωνική Ιατρική και Φαρμακευτική Φροντίδα”,
για το ακαδημαϊκό έτος 2025 - 2026.

1. Ατομικά Στοιχεία

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα πατέρα	
Α.Δ.Τ.	
Κινητό τηλέφωνο	
Σταθερό Τηλέφωνο	
e-mail:	

2. Πανεπιστημιακές Σπουδές

Ίδρυμα	
Σχολή / Τμήμα	
Περίοδος φοίτησης	
Βαθμός πτυχίου	

Εάν έχετε φοιτήσει σε περισσότερα από ένα Ιδρύματα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης επισυνάψτε επιπλέον πίνακες.

3. Γνώση Ξένων Γλωσσών

Ξένη Γλώσσα	
Πτυχίο	

4. Ερευνητική δραστηριότητα (Δημοσιεύσεις σε Περιοδικά, Ανακοινώσεις σε συνέδρια κλπ)

1.
2.
3.

Γράψτε με τη σειρά για κάθε εργασία Συγγραφείς, Τίτλος, Περιοδικό ή συνέδριο, έτος δημοσίευσης.

5. Συστατικές Επιστολές

Συμπληρώστε τα στοιχεία των προσώπων που θα σας δώσουν συστατικές επιστολές. Οι συστατικές επιστολές θα πρέπει να σταλούν σε κλειστό φάκελο μαζί με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά.

	Όνοματεπώνυμο	Ιδιότητα	Στοιχεία επικοινωνίας
1.			
2.			

6. Έλεγχος Πληρότητας Φακέλου

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Αντίγραφο πτυχίου και άλλων τίτλων σπουδών (με τις απαιτούμενες μεταφράσεις και αναγνωρίσεις για τίτλους της αλλοδαπής)
3. Φωτοτυπία ταυτότητας
4. Μία πρόσφατη φωτογραφία
5. Αποδεικτικό γνώσης της αγγλικής γλώσσας.
6. Βιογραφικό σημείωμα όπου θα φαίνονται οι σπουδές, η επιστημονική, ερευνητική και επαγγελματική εμπειρία
7. Αντίγραφα δημοσιεύσεων (με την μορφή υπομνήματος με τα πλήρη στοιχεία του περιοδικού και της περίληψης), ανακοινώσεων (αντίγραφο μόνο της περίληψης)
8. Συστατική(ες) επιστολή(ες) έως 2 προαιρετικά
9. Πιστοποιητικό επάρκειας των αλλοδαπών υποψηφίων στην ελληνική γλώσσα (Ν.2083/92, αρθ. 12, παρ. 2α)
10. Δικαιολογητικά άλλων επιστημονικών δραστηριοτήτων ή πιστοποιητικά άλλης επαγγελματικής προϋπηρεσίας, προαιρετικά.

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα αίτηση είναι πλήρεις και ακριβείς, στο βαθμό που γνωρίζω. Σε περίπτωση αποδοχής της αίτησής μου για συμμετοχή στο ΠΜΣ, συμφωνώ να εργασθώ με επιμέλεια για την ολοκλήρωση του προγράμματος, εφαρμόζοντας την κείμενη νομοθεσία και τους κανόνες που προβλέπονται στον Εσωτερικό Κανονισμό του ΠΜΣ.

Ημερομηνία: __/__/____

Υπογραφή

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ: Παρασκευή 06 Φεβρουαρίου 2026 (σφραγίδα ταχυδρομείου, σε περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής) στη Διεύθυνση: Γραμματεία ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Κοινωνική Ιατρική και Φαρμακευτική Φροντίδα», Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κτίριο Προκλινικών Εργαστηρίων, Πανεπιστημιούπολη, 6ο χλμ Αλεξ/πολης-Μάκρης, Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη 68100.