

## Αίτηση Εγγραφής

Επώνυμο: Προς  
Όνομα: Τη Γραμματεία του  
Όνομα Πατρός: Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών  
Επάγγελμα: «Κλινική Φαρμακολογία-Θεραπευτική»  
Ημερ. Γεννήσεως: Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου  
Τόπος Γεννήσεως: Θράκης

Διεύθυνση κατοικίας: Επιθυμώ να φοιτήσω στο Πρόγραμμα  
Οδός: Αριθ: Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κλινική  
Πόλη: Τ.Κ. Φαρμακολογία-Θεραπευτική»  
Τηλ:  
E-mail: Σας υποβάλλω συνημμένα τα κατωτέρω  
δικαιολογητικά και παρακαλώ να γίνω δεκτός/ή  
στην διαδικασία επιλογής.

**Θέμα:** Υποψηφιότητα για συμμετοχή στο  
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
«Κλινική Φαρμακολογία-Θεραπευτική»

Ημερομηνία:

1. Αντίγραφο Πτυχίου (αναγνώριση πτυχίου από ΔΟΑΤΑΠ/ΔΙΚΑΤΣΑ για τίτλους αλλοδαπής)
2. Αναλυτική Βαθμολογία
3. Φωτοτυπία ταυτότητας (επικυρωμένη)
4. Μία (1) πρόσφατη φωτογραφία
5. Δύο συστατικές επιστολές (υποβάλλονται εσώκλειστες σε υπογεγραμμένο φάκελο)
6. Τίτλος Αγγλικής γλώσσας
7. Βιογραφικό σημείωμα

Με εκτίμηση  
Ο/Η αιτών/ούσα