**Αίτηση Εκπόνησης Μεταδιδακτορικής Έρευνας**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΧΟΛΗ** | **: Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας** | | | |
| **ΤΜΗΜΑ** | **: Εργοθεραπείας** | | | |
|  |  | | | |
| **ΠΡΟΣ** | **ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ** | | | |
|  | | | | |
|  | | | Ημερομηνία: | |
|  | | | Αρ. Πρωτ.: | |
| **1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | | : | |
| **Όνομα** | | : | |
| **Όνομα Πατέρα** | | : | |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας** | | : | |
| **Email Επικοινωνίας** | | : | |
| **Ημερομηνία Γέννησης** | | : | |
| **Διεύθυνση κατοικίας** | | : | |
| **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας** | | : | |
| **2. ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ** | | | | |

**2.1 Προπτυχιακές Σπουδές**

Ίδρυμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τμήμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία απόκτησης Πτυχίου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Βαθμός Πτυχίου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.2 Μεταπτυχιακές Σπουδές**

Ίδρυμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τμήμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία απόκτησης Πτυχίου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Βαθμός Πτυχίου: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.3 Διδακτορική Διατριβή**

Ίδρυμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τμήμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τίτλος Διατριβής: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Επιβλέπων/ουσα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Βαθμός: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (μέχρι 500 λέξεις)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   **5. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑ**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   **6. ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   **7. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |  |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   **8. ΈΧΕΙ ΓΊΝΕΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΜΕΛΟΣ ΔΕΠ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΜΟΥ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ (προαιρετικό πεδίο)**  Ο/Η Αιτών/ούσα |

......................................