**Φόρμα στοιχείων υποψήφιου Ακαδημαϊκού Υποτρόφου**

**για ιατρικό μάθημα**

*(Κάθε υποψήφιος υπότροφος συμπληρώνει μία φόρμα ανά αιτούμενο μάθημα διδασκαλίας)*

|  |
| --- |
| **ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** |
| **Επίθετο** |  |
| **Όνομα** |  |
| **Όνομα πατρός** |  |
|  |
| **ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΦΑΚΕΛΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΑΘΗΜΑ:** |
| **Τίτλος** |  |
|  |
| **ΣΠΟΥΔΕΣ** |
| **Κάτοχος** | 🞏 **Πτυχίου Ιατρικής**🞏 **Πτυχίου άλλης σχολής: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** 🞏 **Μεταπτυχιακού διπλώματος**🞏 **Διδακτορικού διπλώματος** |
| **Υποψήφιος** | 🞏 **Είμαι μεταπτυχιακός φοιτητής**🞏 **Είμαι υποψήφιος διδάκτορας** |
|  |
| **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** |
| **Τίτλος και έτος απόκτησης** |  |
| **Τίτλος και έτος απόκτησης** |  |
|  |
| **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ** |
| *Σε περίπτωση πολλαπλών πτυχίων MSc, να καταγράφεται αυτό με την μεγαλύτερη συνάφεια ως προς το αιτούμενο μάθημα διδασκαλίας. Αν δεν υπάρχει με κανένα πτυχίο συνάφεια ή και τα δύο πτυχία έχουν συνάφεια, ας επιλέγεται οποιοδήποτε ένα.* |
| **Τίτλος Μεταπτυχιακού Προγράμματος** |  |
| **Φορέας** *(Τμήμα/Σχολή/Ίδρυμα)* |  |
| **Τίτλος διπλωματικής εργασίας** |  |
| **Έτος έναρξης και ολοκλήρωσης***(Οι φοιτητές συμπληρώνουν μόνο την έναρξη)* | **Έναρξη: Ολοκλήρωση:** |
|  |
|  |
| **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ** |
| **Φορέας** *(Τμήμα/Σχολή/Ίδρυμα)* |  |
| **Τίτλος διατριβής** |  |
| **Έτος έναρξης και ολοκλήρωσης***(Οι υποψήφιοι συμπληρώνουν μόνο την έναρξη)* | **Έναρξη: Ολοκλήρωση:** |
|  |
| **ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ** |
| **Είδος** | **Συνολικός αριθμός** |
| **Δημοσιεύσεις σε Διεθνή Ιατρικά Επιστημονικά Περιοδικά** *(πλήρη άρθρα)* |  |
| **Δημοσιεύσεις σε Ελληνικά Ιατρικά Επιστημονικά περιοδικά** *(πλήρη άρθρα)* |  |
|  |
| **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ** |
| **Είδος** | **Συνολικός αριθμός** |
| **Ανακοινώσεις σε Διεθνή Ιατρικά Συνέδρια** *(πλήρη άρθρα, peer-review system, όχι supplements)* |  |
| **Ανακοινώσεις σε Διεθνή Ιατρικά Συνέδρια** *(peer-review system, μόνο supplements)* |  |
| **Ανακοινώσεις σε Πρακτικά Διεθνών Ιατρικών Συνεδρίων** *(proceedings)* |  |
| **Ανακοινώσεις σε Ελληνικά Ιατρικά Συνέδρια** *(πλήρη άρθρα, peer-review system)* |  |
|  |
| **ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟ ΕΡΓΟ** |
| **Είδος** | **Συνολικός αριθμός** |
| **Συγγραφή κεφαλαίων σε συλλογικούς τόμους βιβλίων** *(όχι επιμέλεια)* |  |
| **Συγγραφή βιβλίων** *(όχι μετάφραση ή επιμέλεια)* |  |
|  |
| **ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ** |
| *Η ιατρική εμπειρία πρέπει να πιστοποιείται από επίσημο/α έγγραφο/α στον φάκελο, τόσο για το χρονικό διάστημα όσο και για το τμήμα και την ειδικότητα ή το είδος εργασίας.* |
|  | **Συνολικά έτη** | **Τμήμα ή είδος εργασίας** |
| **Συναφής με το μάθημα** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Μη συναφής με το μάθημα** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ** |
|  | **Συνολικά έτη** | **Τίτλος προγράμματος ή εργαστηρίου** |
| **Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα ή εργαστήρια** *(επί πληρωμή)* |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΡΓΟ** |
| **ΣΕ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ** |
|  | **Σύνολο εξαμήνων** | **Μάθημα διδασκαλίας** | **Τμήμα/Ίδρυμα** |
| **Συναφής διδασκαλία επί πληρωμή σε Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα** *(συναφής με το μάθημα)* |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Μη συναφής διδασκαλία επί πληρωμή σε Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα** *(μη συναφής με το μάθημα)* |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΣΕ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ** |
|  | **Σύνολο ωρών** | **Μάθημα διδασκαλίας** | **Τίτλος/Τμήμα/Ίδρυμα** |
| **Συναφής διδασκαλία σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών επί πληρωμή** *(συναφής με το μάθημα)* |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Μη συναφής διδασκαλία σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών επί πληρωμή** *(μη συναφής με το μάθημα)* |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Δήλωση:** Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα ανωτέρω στοιχεία είναι ορθά, έχω καταθέσει όλα τα αποδεικτικά στοιχεία σε ηλεκτρονική μορφή, τακτοποιημένα ανά θεματικό πεδίο και με σωστή ονομασία και αρίθμηση αρχείων. Δεσμεύομαι ότι τα αρχεία-πιστοποιητικά στον φάκελό μου είναι όλα έγκυρα, ελεγμένα, λειτουργικά, ευανάγνωστα και αρχειοθετημένα. Τέλος, κατανοώ και συναινώ ότι σε περίπτωση που τα ανωτέρω στοιχεία και δεδομένα μου βρεθούν από την αρμόδια επιτροπή ότι δεν είναι όλα ορθά ή δεν αποδεικνύονται όλα από τα προσκομισθέντα πιστοποιητικά στον ηλεκτρονικό μου φάκελο, αυτομάτως θα εξαιρεθώ της διαδικασίας αξιολόγησης για το συγκεκριμένο μάθημα, στην παρούσα προκήρυξη.

Αθήνα: \_ \_ / \_ \_ / 202 \_

Ο/Η υποψήφιος/φια: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ *(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)*