

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**.....

**ΟΝΟΜΑ:**.....

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**.....

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** .....

**ΑΡΙΘ.:**..... **ΠΟΛΗ:**.....

**Τ.Κ.:**.....

**ΝΟΜΟΣ:**.....

**ΤΗΛ.:** .....

**ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:**.....

**ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ**

**ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ**

**ΤΜΗΜΑΤΟΣ:**.....

**ΣΧΟΛΗΣ:**.....

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ:**.....

Αν είστε πτυχιούχος της αλλοδαπής αναγνώριση από  
Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. (Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης  
Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης)

Αριθ. Πράξης:.....

**ΆΛΛΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ**

α).....

β).....

γ).....

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ Π.Μ.Σ. 1. , 5. και

6. ΕΩΣ: **8/9/2017**

ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ Π.Μ.Σ. 2. , 3. και

4. ΕΩΣ: **29/9/2017**

**Σημείωση: Ο αριθμός των Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων που μπορεί να επιλεγεί είναι μέχρι τρία (3)  
βάζοντας τη σειρά προτίμησης. Με βάση τον αριθμό των Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων που θα  
επιλεγθούν αρκεί από μια σειρά με όλα τα δικαιολογητικά σε απλή φωτοτυπία για κάθε Πρόγραμμα.**

Προς:

τη Γραμματεία  
του Τμήματος **Φαρμακευτικής**  
του Εθνικού και Καποδιστριακού  
Πανεπιστημίου Αθηνών

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή μου  
στη διαδικασία επιλογής για την εγγραφή μου  
στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
στις Ειδικεύσεις:

**1.Κλινική Φαρμακευτική**  
**2.Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Νέων Φαρμακευτικών**  
**Ενώσεων**

- Κατεύθυνση: Φαρμακευτική Χημεία
- Κατεύθυνση: Φαρμακολογία
- Κατεύθυνση: Ραδιοφαρμακευτική Χημεία

**3.Φαρμακευτική Ανάλυση-Έλεγχος Ποιότητας**

**4.Απομόνωση,Ανάπτυξη,Παραγωγή &**  
**Έλεγχος Βιοδραστικών Φυσικών Προϊόντων**

**5.Κοσμητολογία-Δερματοφαρμακολογία**

**6. Βιομηχανική Φαρμακευτική**

Επισυνάπτω:

1. Αντίγραφο Διπλώματος/πτυχίου
2. Αναλυτική βαθμολογία
3. Βιογραφικό σημείωμα
4. Φωτοτυπία αστυνομικής Ταυτότητας
5. Τυχόν Επιστημονικές δημοσιεύσεις
6. Δίπλωμα ξένης γλώσσας
7. Συστατικές Επιστολές

Για κάθε συστατική Επιστολή  
συμπληρώστε ονοματεπώνυμο, τίτλο,  
διεύθυνση, και τηλέφωνο.

1.....

2.....

3.....

Αθήνα.....

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)