



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ
(ΙΚΥ)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ ΜΕ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΑ ΕΣΟΔΑ ΤΟΥ ΚΛΗΡΟΔΟΤΗΜΑΤΟΣ «ΛΕΩΝΙΔΑΣ
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ» ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 2019/20¹**

ΠΡΟΣ²
ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ –ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΩΝ
ΛΕΩΦ. ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 41
14234, ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Επιστημονικός Τομέας:	Επιστήμες Υγείας
Ειδίκευση στην οποία υποβάλλεται η αίτηση:	

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο υποψηφίου:					
Όνομα πατέρα:		Όνομα μητέρας:			
Ημ. Γέννησης:		Ιθαγένεια:		ΑΦΜ:	
ΔΟΥ:		ΑΔΤ / Διαβατηρίου:			
Ατομικό εισόδημα εισφοράς αλληλεγγύης φορολογικού έτους 2017:					
Οικογενειακή κατάσταση:		Άγαμος/η ☐		Έγγαμος/η ☐	
Διεύθυνση κατοικίας:					
Πόλη:		Χώρα:		Τ.Κ.:	
Τηλέφωνα επικοινωνίας:		Σταθερό:		Κινητό:	
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:					
Στρατολογική κατάσταση: (για τους άνδρες υποψήφιους)					
Εκπλήρωση ☐		Απαλλαγή ☐		Αναβολή ☐	
				Στρατευμένος ☐	

¹ Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στην οικεία προκήρυξη.

² Η αίτηση αποστέλλεται και ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή, ή με εταιρεία ταχυμεταφορών (courier). Το εμπρόθεσμο της αίτησης προκύπτει από την ευκρινή σφραγίδα του ταχυδρομείου.

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	
Ίδρυμα αποφοίτησης:	
Τμήμα αποφοίτησης:	
Βαθμός βασικού πτυχίου (με ακρίβεια 2 δεκαδικών ψηφίων):	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ			
Όνομασία Πανεπιστημίου, νοσοκομείου ή ερευνητικού κέντρου αλλοδαπής, όπου θα γίνει η κλινική έρευνα:			
Χώρα:		Πόλη:	
Θέμα κλινικής έρευνας:			
Όνοματεπώνυμο Υπεύθυνου Κλινικής / Εργαστηρίου:			

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα υποτροφιών εξωτερικού, με επιλογή, από τα έσοδα του κληροδοτήματος «Λεωνίδας Νικολαΐδης», στην ειδίκευση _____, σύμφωνα με την οικεία προκήρυξη, της οποίας έλαβα γνώση.

Συνοδευτικά υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:	
1. Αντίγραφο δύο όψεων αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (σε ισχύ)	☐
2. Αντίγραφο εγγράφου που αποδεικνύει τον ελληνικό ΑΦΜ του υποψηφίου	☐
3. Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης	☐
4. Αντίγραφο βασικού πτυχίου ελληνικής ιατρικής σχολής με βαθμό Άριστα	☐
5. Αντίγραφο πιστοποιητικού αναλυτικής βαθμολογίας	☐
6. Υπεύθυνη Δήλωση (με τα οριζόμενα στην οικεία προκήρυξη)	☐
7. Αντίγραφο πράξης διοικητικού προσδιορισμού φόρου (φορολογικού έτους 2017)	☐
8. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Στρατολογικής κατάστασης (για τους άνδρες υποψηφίους)	☐
9. Βιογραφικό σημείωμα (κατά προτίμηση βάσει προτύπου "Europass")	☐
10. Περιγραφή αντικειμένου κλινικής έρευνας (έως 1000 λέξεις)	☐
11. Βεβαίωση αποδοχής από Πανεπιστήμιο, νοσοκομείο ή ερευνητικό κέντρο της αλλοδαπής	☐

Ο/Η αιτών/αιτούσα:

(Όνοματεπώνυμο)

(Ημερομηνία)

(Υπογραφή)