|  |  |
| --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ  ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  ------ |  |
| ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ  (Ι.Κ.Υ.) |  |

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ ΜΕΣΩ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΕΣΟΔΑ ΤΟΥ ΚΛΗΡΟΔΟΤΗΜΑΤΟΣ «ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ» ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 2015/16[[1]](#footnote-1)

ΠΡΟΣ[[2]](#footnote-2)

ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ –ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΩΝ

ΛΕΩΦ. ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 41

14234, ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ : ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ:** ……………………………………………………………………………………….

# ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο υποψηφίου……………………………………………………………………………….……………….……………………………

Όνομα πατέρα …………………………………………Όνομα μητέρας…………………..…………………..………….………………………….

Ημερομηνία Γέννησης…………..……... Ιθαγένεια:…………………………. ……Εθνικότητα:……………………………………………..

ΑΦΜ………………………………… Δ.Ο.Υ …………………………………………….φορολογητέο εισόδημα ………………………………….€

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/ Διαβατηρίου……………………………….……………………..…………………….…….………………………….

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος

Διεύθυνση Κατοικίας…………………………………………………………………………………………………………...………………………………

Πόλη …………………….……….Τ.Κ……………………. Χώρα…………………………………………………………………………………………………

Τηλέφωνα επικοινωνίας: σταθερό ………………………….………………..Κινητό………………………………………………………………

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου………………………..……………………………………….………………………………………….

Στρατολογική κατάσταση: (για τους άνδρες υποψηφίους)

Εκπλήρωση Απαλλαγή Αναβολή Στρατευμένος

## ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

Πανεπιστήμιο αποφοίτησης………………………………………...................…………………………………………………………………………

Βαθμός βασικού πτυχίου (με ακρίβεια δύο δεκαδικών ψηφίων)……………………………………………………………………………

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ονομασία Κλινικής / Εργαστηρίου οπού θα γίνει η κλινική έρευνα ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Χώρα……………………………………………………………………………………..Πόλη……………………………………………………………………….

Θέμα κλινικής έρευνας:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ονοματεπώνυμο 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 αστυνομικής ταυτότητας δύο όψεων /διαβατηρίου (σε ισχύ)

**2.** Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης

**3.** Αντίγραφο βασικού πτυχίου ελληνικής ιατρικής σχολής

**4.** Αντίγραφο πιστοποιητικού αναλυτικής βαθμολογίας

**5.** Υπεύθυνη Δήλωση (με τα οριζόμενα στην οικεία προκήρυξη)

**6.** Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος

**7**. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Στρατολογικής κατάστασης ( για τους άνδρες υποψηφίους)

**8.** Βεβαίωση αποδοχής και Πρόγραμμα κλινικής έρευνας

**9.** Σύντομο βιογραφικό σημείωμα στην ελληνική γλώσσα

**10.** Τίτλο ειδικότητας (εφόσον διατίθεται)

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ**

……………………………………………………..(**υπογραφή**)

……………………………………………………..(**ολογράφως**)

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

……………………………………..

1. Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ ανατρέξτε στην οικεία προκήρυξη. [↑](#footnote-ref-1)
2. Η αίτηση αποστέλλεται και ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή. Το εμπρόθεσμο της αίτησης προκύπτει από την ευκρινή σφραγίδα του ταχυδρομείου. [↑](#footnote-ref-2)