# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ 3

Γραμματεία

## **Ταχ. Δ/νση** : Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196

## **ΤΚ**  :115 21

## **Τηλέφωνο** : 2132010106-108 Ημερομηνία: 9/9/2019

## **FAX** : 2106460658 Αριθ. Πρωτ.:

## **E-Mail** : mstathaki@uniwa.gr

##  : cstathaki@uniwa.gr

## **Πληροφορίες** : M. Σταθάκη

 : Χ. Σταθάκη

**Ιστότοπος : https://php.uniwa.gr/**

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

|  |
| --- |
| **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ** |

 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Παρακαλούμε οι επιλεγέντες για φοίτηση στα **ΠΜΣ ακ.έτους 2019-2020**, **έως τις** **30 Σεπτεμβρίου 2019**, να προσέλθουν στη Γραμματεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας- Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής **(Λ. Αλεξάνδρας 196, Αθήνα)** και **ώρα:10:00-14:30** προσκομίζοντας τα κατωτέρω: 1. **Δήλωση** εγγραφής ότι αποδέχονται τη θέση φοίτησής τους στο ΠΜΣ που επελέγησαν

(έντυπο δήλωσης-εγγραφής )1. **Αποδεικτικό κατάθεσης** θα αναγράφεται ευκρινώς το **όνομα** του καταθέτη, το **ΑΦΜ**, η **ΔΟΥ** και η **Δ/νση κατοικίας** (α’ δόση) για το **ΠΜΣ Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας**, **ύψους 350€** (τριακόσια πενήντα ευρώ) για τις Κατευθύνσεις: Γενική Κατεύθυνση, Οικονομική Αξιολόγηση **«ΠΜΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »**

**Τράπεζα Πειραιώς (RIRAEUS BANK)****ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: 63 8914 6332 010****IBAN: GR86 0171 3890 0063 8914 6332 010**1. **Την αίτηση υποψηφιότητας** που υπέβαλλαν ηλεκτρονικά.
2. **Την υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86** που υπέβαλλαν ηλεκτρονικά μαζί με την αίτηση υποψηφιότητας.
3. **Αντίγραφο του βασικού τίτλου σπουδών / διπλώματος** στο οποίο να αναγράφεται ο ακριβής βαθμός, η ημερομηνία και έτος κτήσης αυτού. Σε περίπτωση που ο βαθμός εκφράζεται με αξιολογικό χαρακτηρισμό ή με ακέραιο αριθμό πρέπει να υποβληθεί και βεβαίωση της οικίας σχολής για τον ακριβή αριθμητικό βαθμό με δύο δεκαδικά ψηφία. Εάν ο τίτλος έχει αποκτηθεί στην αλλοδαπή απαιτείται α) Επίσημη μετάφραση του τίτλου σπουδών και β) πιστοποιητικό αναγνώρισης από ΔΟΑΤΑΠ περί ισοτιμίας ή ισοτιμίας και αντιστοιχίας καθώς και αντιστοιχία της βαθμολογικής κλίμακας αυτών με την βαθμολογική κλίμακα των ημεδαπών τίτλων (επικυρωμένα).
4. **Μια (1) πρόσφατη φωτογραφία** τύπου αστυνομικής ταυτότητας.
5. **Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας**

**Μη έγκαιρη ανταπόκριση από επιλεγέντα, εντός της ανωτέρω προθεσμίας, ισοδυναμεί με παραίτηση από την ένταξή του στο Π.Μ.Σ.** Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΝΤΟΥΝΙΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ 3Γραμματεία**Ταχ. Δ/νση** : Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196 **ΤΚ**  :115 21 **Τηλέφωνο** : 2132010106-108 Ημερομηνία: **FAX** : 2106460658 Αριθ. Πρωτ.: **E-Mail** : mstathaki@uniwa.gr : cstathaki@uniwa.gr**Πληροφορίες** : M. Σταθάκη : Χ. Σταθάκη ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΣΗΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ………………………………………………………………………….του........................................................., κάτοχος του υπ’αριθμ. ..................................... Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας, δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τη θέση για φοίτηση στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα και παρακαλώ για τις ενέργειές σας, προκειμένου να εγγραφώ στα Μητρώα Φοιτητών.

|  |  |
| --- | --- |
| Π.Μ.Σ. |  |
| ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: |  |
| ΦΟΙΤΗΣΗ | ΠΛΗΡΟΥΣ ΜΕΡΙΚΗΣ  |

 Αθήνα,.............................2019 Ο-Η Δηλ…………………. Συνημμένα: (Υπογραφή)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Αποδεικτικό κατάθεσης των διδάκτρων φοίτησης (α’ δόση), **ύψους 350€** (τριακόσια πενήντα ευρώ), όπου θα αναγράφεται ευκρινώς το **όνομα** του καταθέτη, το **ΑΦΜ,** η **ΔΟΥ** και **Δ/νση Κατοικίας**. |  |
| Αποδεικτικό κατάθεσης των διδάκτρων φοίτησης (α’ δόση), ύψους 750€ (επτακόσια πενήντα ευρώ), όπου θα αναγράφεται ευκρινώς το όνομα του καταθέτη, το ΑΦΜ, η ΔΟΥ και Δ/νση Κατοικίας.  |  |
|  | Αίτηση υποψηφιότητας που υπεβλήθη ηλεκτρονικά |  |
|  | Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 που υπεβλήθη ηλεκτρονικά |  |
|  | Τίτλος σπουδών(εάν έχει αποκτηθεί στην αλλοδαπή: α)επίσημη μετάφραση β)πιστοποιητικό αναγνώρισης από ΔΟΑΤΑΠ περί ισοτιμίας ή ισοτιμίας και αντιστοιχίας) |  |
|  | Μια (1) πρόσφατη φωτογραφία τύπου αστυνομικής ταυτότητας |  |
|  | Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας |  |

    |
|  |  |