|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | C:\Users\user\OneDrive - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ\ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ\ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ\new logo physio.jpg |

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**3Ο ΧΛΜ ΠΕΟ ΛΑΜΙΑΣ-ΑΘΗΝΩΝ, ΛΑΜΙΑ 35132 ΤΗΛ.: 2231060176-177, email:** **g-physio@uth.gr**

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Προς :****τη Γραμματεία** **του Τμήματος Φυσικοθεραπείας**  |
| **Επώνυμο:** |
| **Όνομα: Πατρώνυμο:** |
| **ΑΔΤ:** |  | **Ημερομηνία Γέννησης:** |  |
| **Πτυχίο:** |  | **Πανεπιστήμιο** |  |
| **ΜΔΕ:** |  | **Πανεπιστήμιο:** |  |
| **Διεύθ. κατοικίας:** | **Οδός:** | **Αριθμός:** | **Τ.Κ.:** |
|  | **Πόλη:** | **Νομός:** |  |
| **Τηλέφωνο:** |  | **e-mail:** |  |

Παρακαλώ να κάνετε δεκτό το αίτημά μου για εκπόνηση διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με θέμα:

Ελληνικά: ………………………………………………………………………………….…..……...

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

Αγγλικά: ……………………………………………………………………………………………….

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

Γλώσσα συγγραφής: ………………………………………………………………………………

**Η αίτηση καθώς και τα συνημμένα δικαιολογητικά υποβάλλονται & ηλεκτρονικά**.

Ενημερώθηκα και συμφωνώ για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με το έγγραφο που είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Τμήματος Φυσικοθεραπείας στη σελίδα: https://physio.uth.gr/pros-dedomena/

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία: ………………………… | Ο/Η Αιτών/ούσα |

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ**

(Επιλέξτε τα έγγραφα που υποβάλλονται συνημμένα)

* Αντίγραφο πτυχίου
	+ Αναγνώριση πτυχίου (όταν το Πτυχίο δεν προέρχεται από Ελληνικό Ίδρυμα)
* Αναλυτική Βαθμολογία
* Αντίγραφο μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών
	+ Αναγνώριση πτυχίου (όταν το Πτυχίο δεν προέρχεται από Ελληνικό Ίδρυμα)
* Αναλυτική βαθμολογία
* Αντίγραφο Διπλωματικής μεταπτυχιακής εργασίας σε ψηφιακή και έντυπη μορφή
* Πιστοποιητικό γλωσσομάθειας της Αγγλικής γλώσσας
* Επιστημονικές Δημοσιεύσεις
* Βιογραφικό Σημείωμα
* Φωτοτυπία Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου
* Προσχέδιο διδακτορικής διατριβής (ερευνητικό πρωτόκολλο)
* Σύντομη περίληψη του ερευνητικού πρωτοκόλλου στην ελληνική & αγγλική
* Δυο συστατικές επιστολές από μέλη ΔΕΠ ΑΕΙ ή εργοδότες εκ των οποίων η μια ενθαρρύνεται να είναι από τον/την επιβλέποντα/ούσα καθηγητή/τρια της μεταπτυχιακής διατριβής
* Υπεύθυνη δήλωση ότι έχω λάβει γνώση του κανονισμού εκπόνησης διδακτορικών διατριβών του Τμήματος και τον αποδέχομαι
* Αίτηση απόκτησης λογαριασμού χρήστη
* Άδεια Επιτροπής Δεοντολογίας του Τμήματος Φυσικοθεραπείας (αν απαιτείται)

**ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ**

1. …………………………………………………………………………………………………..
2. …………………………………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………………………………..
4. …………………………………………………………………………………………………..
5. …………………………………………………………………………………………………..

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**(Συμπληρώνεται και υπογράφεται από τον/την επιβλέποντα/ουσα)**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η………………………………………, (βαθμίδα) ……………

του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας αποδέχομαι να επιβλέψω την εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής του/της κ./κας ………………………………………………………………………………, με θέμα: ..…………………………………………………………………………………………………

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

στο Εργαστήριο …………………………………….…..………………………………....

του Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΠΘ, σε συνεργασία με το Εργαστήριο ……………………………………………………………………………………………….

και βεβαιώνω ότι (σημειώστε √ όπου βεβαιώνεται):

* Έχουν διασφαλιστεί οι απαιτούμενοι οικονομικοί πόροι.
* Διατίθεται η απαιτούμενη τεχνολογία για την εκπόνηση της διατριβής
* Το υλικό της διατριβής υπάρχει στο Εργαστήριο και για τη χρησιμοποίησή του *απαιτείται / δεν απαιτείται* άδεια από αρμόδιο φορέα (υπογραμμίστε ανάλογα)
* Το υλικό της διατριβής, όπως περιγράφεται στο ερευνητικό πρωτόκολλο, θα προέλθει από το Εργαστήριο μας, από το συνεργαζόμενο Εργαστήριο και από ……………………………………………………………………… και για τη χρησιμοποίησή του *απαιτείται / δεν απαιτείται* άδεια από αρμόδιο φορέα (υπογραμμίστε ανάλογα)
* Η διατριβή θα εκπονηθεί στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος …………………………..……………………………………………..……………….……
* Ο/Η υποψήφιος/-α θα εξασφαλίσει για την εκπόνηση της διατριβής του, υποτροφία από …………..………………………………………………………...........
* Ο/Η υποψήφιος/-α έχει επαρκή γνώση της Αγγλικής γλώσσας (όταν δεν διαθέτει πιστοποιητικό).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ο/Η ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ/ΟΥΣΑ** |

**ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΩ**

**(Διευθυντές εμπλεκόμενων Εργαστηρίων/Κλινικών)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ονοματεπώνυμο) |  | (υπογραφή) |
| (Εργαστήριο/Κλινική, Ίδρυμα/Ερευνητικό Κέντρο) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ονοματεπώνυμο) |  | (υπογραφή) |
| (Εργαστήριο/Κλινική, Ίδρυμα/Ερευνητικό Κέντρο) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ονοματεπώνυμο) |  | (υπογραφή) |
| (Εργαστήριο/Κλινική, Ίδρυμα/Ερευνητικό Κέντρο) |  |  |