



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 2015/16¹**

ΠΡΟΣ²
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

Όνοματεπώνυμο υποψηφίου.....
Όνομα πατέραΌνομα μητέρας.....
Ημερομηνία Γέννησης..... Ιθαγένεια:.....Εθνικότητα:.....
ΑΦΜ..... Δ.Ο.Υφορολογητέο εισόδημα€
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/ Διαβατηρίου.....
Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐
Διεύθυνση Κατοικίας.....
ΠόληΤ.Κ..... Χώρα.....
Τηλέφωνα επικοινωνίας: σταθερόΚινητό.....
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου.....
Στρατολογική κατάσταση: (για τους άνδρες υποψηφίους)
Εκπλήρωση ☐ Απαλλαγή ☐ Αναβολή ☐ Στρατευμένος ☐

¹ Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ ανατρέξτε στην οικεία προκήρυξη.

² Η αίτηση αποστέλλεται και ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή. Το εμπρόθεσμο της αίτησης προκύπτει από την ευκρινή σφραγίδα του ταχυδρομείου.

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ

Πανεπιστήμιο αποφοίτησης.....

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ονομασία Κλινικής / Εργαστηρίου όπου 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) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης | <input type="checkbox"/> |
| 3. Αντίγραφο βασικού πτυχίου ελληνικής ιατρικής σχολής | <input type="checkbox"/> |
| 4. Αντίγραφο πιστοποιητικού αναλυτικής βαθμολογίας | <input type="checkbox"/> |
| 5. Υπεύθυνη Δήλωση (με τα οριζόμενα στην οικεία προκήρυξη) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος | <input type="checkbox"/> |
| 7. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Στρατολογικής κατάστασης (για τους άνδρες υποψηφίους) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Βεβαίωση αποδοχής και Πρόγραμμα κλινικής έρευνας | <input type="checkbox"/> |
| 9. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα στην ελληνική γλώσσα | <input type="checkbox"/> |
| 10. Τίτλο ειδικότητας (εφόσον διατίθεται) | <input type="checkbox"/> |

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

.....(υπογραφή)

.....(ολογράφως)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....