 

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑ**

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ERASMUS+ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΧΩΡΩΝ ΕΚΤΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ:** G THESSAL02

**Ακαδημαϊκό Έτος Μετακίνησης:** 20\_\_-20\_\_

***Η παρούσα αίτηση να συμπληρώνεται ηλεκτρονικά***

**Προσωπικά Στοιχεία:**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Μητρώνυμο: |
| Ημερομηνία Γέννησης: |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: |
| Εθνικότητα: |
| ΑΦΜ/ΔΟΥ: |
| ΑΜΚΑ: |
| Τηλέφωνο Οικίας: |
| Κινητό Τηλέφωνο: |
| Οδός Διεύθυνσης Μόνιμης Κατοικίας:  Αριθμός:  Τ.Κ.:  Πόλη: |
| Email ακαδημαϊκό (Η επικοινωνία θα γίνεται αποκλειστικά και μόνο με το e-mail που σας χορήγησε το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας): |
| Email προσωπικό (προαιρετικά): |

**Στοιχεία Σπουδών:**

|  |
| --- |
| Προηγούμενες μετακινήσεις κατά τις δυο (2) τελευταίες προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρακτική άσκηση erasmus: Καμία 🞎 1 φορά 🞎 2 φορές 🞎 Περισσότερες από 2 φορές **🞎** |
| Τμήμα Φοίτησης: |
| Πλήθος δημοσιευμένων ερευνητικών εργασιών: |
| Πλήθος συμμετοχών σε διεθνή/εθνικά επιστημονικά συνέδρια, με κριτές: |
| Βαθμός Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών: |
| Γλώσσα και επίπεδο πιστοποιημένης επάρκειας στη γλώσσα που ζητείται από τον φορέα υποδοχής  Γλώσσα: Επίπεδο Γ2/C2 🞎 Επίπεδο Γ1/C1 🞎 Επίπεδο B2 🞎 Άλλο Επίπεδο …….. |
| Σημειώστε αν ανήκετε στην κατηγορία των ΑΜΕΑ βάσει του Ν. 4186 (ΦΕΚ 193/17-09-2013)  Ναι 🞎 Όχι 🞎 |

**Επιθυμώ να πραγματοποιήσω μία περίοδο πρακτικής άσκησης στο πλαίσιο του Προγράμματος Erasmus+ για την ανώτατη εκπαίδευση στο παρακάτω Πανεπιστήμιο/Φορέα Υποδοχής:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα Πανεπιστημίου/Φορέα Υποδοχής**  (οι διαθέσιμες θέσεις βρίσκονται στο κείμενο της προκήρυξης): |  |

Σε περίπτωση που επιλεγώ γνωρίζω:

ότι έχω την αποκλειστική ευθύνη της προσκόμισης όλων των απαραίτητων εγγράφων για την καταβολή της υποτροφίας μου,

ότι φέρω όλη την ευθύνη για τις ημερομηνίες μετακίνησης μου, που θα δηλώσω στη Σύμβαση Πρακτικής Άσκησης και πως η εκκαθάριση της υποτροφίας μου θα γίνει με την επιστροφή μου σύμφωνα με τα έγγραφα του Φορέα Υποδοχής,

ότι για την παραμονή μου στο εξωτερικό επιπλέον των επιχορηγούμενων ημερών (από τις ημερομηνίες που έχω δηλώσει), πρέπει τουλάχιστον ένα μήνα πριν τη ολοκλήρωση της εγκεκριμένης περιόδου ERASMUS στο εξωτερικό, να ζητήσω την έγγραφη έγκριση (μέσω e-mail: erasmus@uom.edu.gr) του κεντρικού γραφείου ERASMUS του Πανεπιστήμιο Μακεδονίας και του Φορέα Υποδοχής (δεν ισχύει για ημερομηνίες προγενέστερες της ημερομηνίας έναρξης της υποτροφίας),

ότι η επικοινωνία μου με το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας θα γίνεται αποκλειστικά με το e-mail που μου έχει δοθεί ως φοιτητής/τρια του Πανεπιστημίου Μακεδονίας,

ότι οφείλω από τη στιγμή της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων να επικοινωνήσω άμεσα με το Γραφείο ERASMUS προκειμένου να ενημερώσω για την αποδοχή ή μη της θέσης και να καταθέσω τα απαραίτητα έγγραφα.

Συμφωνώ να δίνεται το email μου σε περίπτωση που ζητηθεί από άλλους φοιτητές ERASMUS: Ναι 🞎 Όχι 🞎

**Ημερομηνία: ………/………../202…**

**Ο/Η αιτών/ούσα**

**(Υπογραφή)**

***Συνημμένα έγγραφα που υποβάλλονται ηλεκτρονικά στον Διοικητικά Υπεύθυνο του Τμήματος:***

* Αντίγραφο Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών στο οποίο να αναγράφεται ο βαθμός πτυχίου
* Βεβαίωση εκπόνησης διδακτορικής διατριβής από τη Γραμματεία του τμήματος.
* Αντίγραφο δημοσιευμένων ερευνητικών εργασιών ή βεβαιώσεις αυτών
* Βεβαίωση συμμετοχής σε διεθνή/εθνικά επιστημονικά συνέδρια με κριτές
* Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας/Διαβατηρίου
* Υπεύθυνη Δήλωση συναίνεσης προσωπικών δεδομένων η οποία θα πρέπει να φέρει το γνήσιο της υπογραφής από τα ΚΕΠ ή να υποβληθεί ηλεκτρονικά μέσω της διαδικτυακής πύλης <https://www.gov.gr/> (το κείμενο της δήλωσης θα βρείτε [εδώ](https://www.uom.gr/erasmus-office/eggrafa))
* Πιστοποιητικό Ξένης Γλώσσας
* Μόνο για τις περιπτώσεις ΑΜΕΑ: Ιατρική γνωμάτευση από Δημόσιο Νοσοκομείο, όχι παλαιότερη των τριών μηνών ή /και βεβαίωση ΚΕΠΑ ή άλλο επίσημο πιστοποιητικό εν ισχύ.
* Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.