 

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΔΙΔΑΚΤΟΡΑ**

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ERASMUS+

**ΚΩΔΙΚΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ:** G THESSAL02

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

**Προς το Τμήμα:** ………………………………

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

**Προσωπικά Στοιχεία:**

|  |
| --- |
| Επώνυμο: |
| Όνομα: |
| Πατρώνυμο: |
| Μητρώνυμο: |
| Ημερομηνία Γέννησης: |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου: |
| Εθνικότητα: |
| ΑΦΜ και 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 2 τελευταίες προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος για σπουδές: Καμία 🞎 1 φορά 🞎 Περισσότερες από 1 🞎 |
| 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 σπουδών μου στο πλαίσιο του Προγράμματος Erasmus+ για την ανώτατη εκπαίδευση σε ένα από τα παρακάτω Συνεργαζόμενα Πανεπιστήμια του τμήματός μου με την παρακάτω σειρά προτεραιότητας:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα και Κωδικός Πανεπιστημίου Υποδοχής**  [(βλ. πίνακα συνεργαζόμενων ιδρυμάτων)](https://www.uom.gr/erasmus-office/synergazomena-ekpaideytika-idrymata-2022-2027) | **Εξάμηνο κατά το οποίο επιθυμώ να μετακινηθώ**  **(Χειμερινό ή Εαρινό)** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

**Φοιτητές με Λιγότερες Ευκαιρίες**

**Δηλώστε αν ανήκετε σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες:**

i. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι γονέας μονογονεϊκής οικογένειας. ⬜

ii. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι γονέας με τρία (3) τέκνα και άνω, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα εξαρτώμενο μέλος ⬜

iii. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι ορφανός από δύο γονείς, εφόσον δεν έχει υπερβεί το 25ο έτος της ηλικίας του. Ως

ημερομηνία γέννησης θεωρείται η 31η Δεκεμβρίου του έτους γέννησης και ως ημερομηνία συμπλήρωσης του 25ου έτους, θεωρείται η 31η Δεκεμβρίου 2020. ⬜

iv. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι εξαρτώμενο μέλος γονέα με τρία τέκνα και άνω (εξαρτώμενα ή μη). ⬜

v. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι εξαρτώμενο μέλος μονογονεϊκής οικογένειας. ⬜

vi. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι εξαρτώμενο μέλος με γονέα ή γονείς ή/και ένα ή περισσότερα αδέλφια εξαρτώμενα μέλη, με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%. ⬜

vii. Ο/Η φοιτητής/τρια έχει σύζυγο ή/και τέκνα-εξαρτώμενα μέλη με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%. ⬜

viii. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι Έλληνας πολίτης μέλος της Μουσουλμανικής Μειονότητας της Θράκης. ⬜

ix. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι Ρομά. ⬜

x. Ο/Η φοιτητής/τρια είναι πρόσφυγας. ⬜

xi. Ο/Η φοιτητής/τρια βρίσκεται στη διαδικασία της φυλομετάβασης. ⬜

xii. Φοιτητές/ριες με αναπηρία τουλάχιστον 50%⬜

Στην περίπτωση που επιλεγώ γνωρίζω:

ότι έχω την αποκλειστική ευθύνη της προσκόμισης όλων των απαραίτητων εγγράφων για την καταβολή της υποτροφίας μου, όπως: Σύμβαση Σπουδών, Υπεύθυνη Δήλωση, τραπεζικό λογ/μου, και εκκαθαριστικού εφορίας (για φοιτητές με λιγότερες ευκαιρίες).

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

ότι για την παραμονή μου στο εξωτερικό επιπλέον των ημερών 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 Πανεπιστημίου Υποδοχής (δεν ισχύει για ημερομηνίες προγενέστερες της ημερομηνίας έναρξης της υποτροφίας).

ότι κατά τη διάρκεια (ημερομηνίες που έχω δηλώσει) της παραμονής μου στο εξωτερικό με υποτροφία ERASMUS δεν μπορώ να ορκιστώ και 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 μέσα σε 3 εβδομάδες από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων να επικοινωνήσω με τον διοικητικά υπεύθυνο του Τμήματος που έχω επιλεγεί προκειμένου να ενημερώσω για την αποδοχή ή μη της θέσης και να συμπληρώσω τα απαραίτητα έγγραφα.

Έχω ενημερωθεί και γνωρίζω ότι τα προσωπικά μου δεδομένα συλλέγονται και τίθενται σε επεξεργασία για τους σκοπούς της αξιολόγησης και της μετακίνησής μου στο πλαίσιο του Προγράμματος Erasmus. 🞎

(Επισημαίνουμε ότι τα δεδομένα σας τηρούνται απολύτως εμπιστευτικά και δε διαβιβάζονται σε τρίτους χωρίς προηγούμενη ενημέρωση και ρητή συγκατάθεσή σας.)

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
* Αντίγραφο δημοσιευμένων ερευνητικών εργασιών ή βεβαιώσεις αυτών
* Βεβαίωση συμμετοχής σε διεθνή/εθνικά επιστημονικά συνέδρια με κριτές
* Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας/Διαβατηρίου
* Εκκαθαριστικό σημείωμα (οικογενειακό και προσωπικό εάν υπάρχει) φορολογικού έτους που ορίζεται στην προκήρυξη(μόνο για φοιτητές με λιγότερες ευκαιρίες)
* 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.