



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Π.Μ.Σ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Γραμματεία
Νέο Κτίριο Ιατρικής, Πτέρυγα 2, 4^{ος} όρ. ΒΙΟΠΟΛΙΣ, Λάρισα

Τηλ. 2410-685710
Fax 2410-685554

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ – ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Ιατρικής και του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο **«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»**, καλούνται οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι μεταπτυχιακοί φοιτητές για το ακαδ. έτος 2019-2020 να υποβάλουν αίτηση υποψηφιότητας στη Γραμματεία του ΔΠΜΣ.

Στο ΠΜΣ γίνονται δεκτοί πτυχιούχοι Σχολών Επιστημών Υγείας και άλλων Τμημάτων των ΑΕΙ ή αναγνωρισμένων ομοταγών Ιδρυμάτων της αλλοδαπής καθώς και πτυχιούχοι Τμημάτων των ΤΕΙ συναφούς γνωστικού αντικείμενου. Κατά εξαίρεση γίνονται δεκτοί απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ, των οποίων θα συνεκτιμάται η αποδεδειγμένη επαγγελματική και ερευνητική εμπειρία σε υπηρεσίες υγείας.

Για την απόκτηση του Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Μ.Σ.) απαιτείται η συμπλήρωση 120ECTS, οι οποίες προκύπτουν από την παρακολούθηση 14 μαθημάτων και την εκπόνηση Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας.

Τα τέλη φοίτησης ανέρχονται στα 1000€/εξάμηνο, με εξαίρεση τους φοιτητές που εμπίπτουν στις προβλέψεις του άρθρου 35 (παρ. 1,2,3) του Ν.4485/17.

Οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι μεταπτυχιακοί φοιτητές θα πρέπει να υποβάλλουν στη γραμματεία του ΔΠΜΣ, από **06 Μαΐου 2019 έως και 31 Μαΐου 2019** και ώρες 10:00 έως 13:00 (**Δυνατότητα αποστολής και με courier**), τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση Συμμετοχής (στη Γραμματεία & στην ιστοσελίδα του ΠΜΣ).
2. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα (φόρμα βιογραφικού στη Γραμματεία & στην ιστοσελίδα του ΔΠΜΣ).
3. Αντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση ότι ο υποψήφιος εκπλήρωσε τις εκπαιδευτικές του υποχρεώσεις. Στις περιπτώσεις πτυχιούχων πανεπιστημίων της αλλοδαπής συνυποβάλλεται πιστοποιητικό αναγνώρισης από ΔΟΑΤΑΠ.
4. Αναλυτική Βαθμολογία.
5. Επιστημονικές δημοσιεύσεις, διακρίσεις, αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας (εάν υπάρχουν).
6. Αποδεικτικά επαγγελματικής εμπειρίας (εάν υπάρχουν).
7. Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.
8. Αποδεικτικά ξένων γλωσσών
9. Δύο μικρές φωτογραφίες.

10. Υπεύθυνη Δήλωση, ότι όλα τα δικαιολογητικά είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων.

Η Αίτηση Συμμετοχής και το Βιογραφικό Σημείωμα παρακαλούμε να αποσταλούν ΚΑΙ στην ηλεκτρονική διεύθυνση: acare@uth.gr

Περισσότερες σχετικές πληροφορίες υπάρχουν στην ιστοσελίδα του ΠΜΣ (www.acare.med.uth.gr).

Διεύθυνση:

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας – Τμήμα Ιατρικής

Γραμματεία ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

Νέο κτίριο Ιατρικής (Πτέρυγα 2, 4^{ος} όροφος)

Πανεπιστημίου 3, Βιόπολις, 41500, Λάρισα

Τηλ.: 2410-685710

e-mail: acare@uth.gr

Ο Δ/ντής του ΠΜΣ

Καθηγητής ΚΙ ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ