



ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Προς: ΠΜΣ «Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας», Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ

Θέμα: Υποβολή υποψηφιότητας για εισαγωγή στο ΠΜΣ «Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας» για τον 3^ο κύκλο με έναρξη τον Οκτώβριο 2025.

Παρακαλώ συμπληρώστε τα πεδία, κατά προτίμηση πληκτρολογώντας με πεζά γράμματα.

ΑΠ:	(συμπληρώνεται από το ΠΜΣ)	
Ημερομηνία		
Επώνυμο		
Όνομα		
Όνομα πατέρα		
Όνομα μητέρας		
Ημερομηνία γέννησης		
Στοιχεία Ταυτότητας	Αριθ. ταυτότητας	
	Ημερομηνία έκδοσης	
	Εκδούσα αρχή	
Κινητό		
Email		
Διεύθυνση Κατοικίας:	Οδός:	
	Αριθμός:	
	ΤΚ:	
	Πόλη:	
	Email:	

Προπτυχιακές Σπουδές

Αναφέρετε μόνο επίσημους τίτλους από αναγνωρισμένα Ιδρύματα. Επαναλάβετε τον πίνακα σε περίπτωση που έχετε περισσότερα από ένα πτυχία.

Τίτλος Σπουδών	
Τμήμα	
Ίδρυμα	
Εισαγωγή	/..... (μήνας/έτος, π.χ. 10/2016)
Αποφοίτηση	/..... (μήνας/έτος, π.χ. 10/2016)
Βαθμός πτυχίου	

Μεταπτυχιακοί Τίτλοι Σπουδών και Μετεκπαιδεύσεις (αν υπάρχουν)

Αναφέρετε μόνο επίσημους τίτλους από αναγνωρισμένα Ιδρύματα και Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών. Επαναλάβετε τον πίνακα σε περίπτωση που έχετε περισσότερα από ένα πτυχία.

Τίτλος Σπουδών	
Τμήμα	
Ίδρυμα	
Εισαγωγή	/..... (μήνας/έτος, π.χ. 10/2016)
Αποφοίτηση	/..... (μήνας/έτος, π.χ. 10/2016)
Βαθμός πτυχίου	

Πτυχιακές ή Διπλωματικές ή Διδακτορικές Διατριβές

Να επισυνάψετε ψηφιακό ανάτυπο για κάθε πτυχιακή ή διπλωματική εργασία. Επαναλάβετε τον πίνακα σε περίπτωση που έχετε περισσότερες από μία .

Τίτλος Διατριβής	
Είδος Διατριβής	(πτυχιακή, διπλωματική, διδακτορική διατριβή)
Τμήμα	
Ίδρυμα	
Έτος περάτωσης	/..... (μήνας/έτος, π.χ. 10/2016)
Βαθμός	

Δημοσιεύσεις σε Περιοδικά ή Πρακτικά Συνεδρίων με Κριτές (αν υπάρχουν)

Για κάθε δημοσίευση να αναφέρετε τα ονόματα όλων των συγγραφέων, τον τίτλο της εργασίας, τα στοιχεία του περιοδικού ή του συνεδρίου, το έτος δημοσίευσης και DOI (όπου υπάρχει).

	Στοιχεία δημοσίευσης
1	
2	
3	

Επαγγελματική ή Ερευνητική Δραστηριότητα (μετά τη λήψη πτυχίου)

Να επισυνάψετε σχετικές βεβαιώσεις.

	Εργοδότης	Θέση	Έναρξη (μήνας/έτος)	Λήξη (μήνας/έτος)
1				
2				
3				

Ξένες Γλώσσες

Να επισυνάψετε σχετικά δικαιολογητικά. Κατά την κρίση της Επιτροπής Αξιολόγησης, ο/η υποψήφιος/α μπορεί να εξεταστεί για την επαρκή γνώση Αγγλικής γλώσσας σε επιστημονικό κείμενο.

	Γλώσσα	Πτυχίο	Φορέας απονομής	Επίπεδο	Έτος
1					
2					
3					

Παρουσία σε Διαδικτυακές Πλατφόρμες

Δώστε τον σύνδεσμο για την προσωπική περιοχή σας σε επαγγελματικές ή επιστημονικές διαδικτυακές πλατφόρμες.

LinkedIn	
SlideShare	
ORCHID	
GoogleScholar	
Άλλο	

Συστατικές Επιστολές

Οι συστατικές επιστολές πρέπει να αποσταλούν απευθείας στο ΠΜΣ (rih@med.duth.gr)

Συστατική επιστολή #1	
Όνοματεπώνυμο	
Βαθμίδα/Θέση	
Φορέας	
Email	
Συστατική επιστολή #2 (προαιρετικά)	
Όνοματεπώνυμο	
Βαθμίδα/Θέση	
Φορέας	
Email	

Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω υπεύθυνα με βάση τον Ν1599/86 ότι:

1. Όλα τα στοιχεία που αναφέρω στην παρούσα αίτηση και τα συνημμένα δικαιολογητικά είναι πλήρη και ακριβή και θα δηλώσω αμέσως οποιαδήποτε μεταβολή τους.
2. Έχω διαβάσει, κατανοήσει και συναινώ με το περιεχόμενο της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΠΜΣ Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας που επισυνάπτεται στο τέλος της παρούσας αίτησης και τους σύμφωνα προς αυτήν σκοπούς επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων.

...../...../2025

Ο/Η Δηλών/ούσα

.....
(Όνοματεπώνυμο)

.....
(Υπογραφή συμβατική ή ψηφιακή)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

	Δικαιολογητικά	Σχόλια
☐	Αίτηση	
☐	Αντίγραφο ταυτότητας (και των δύο όψεων)	Υποχρεωτικά
☐	Πρόσφατη φωτογραφία	Υποχρεωτικά
☐	Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα	Υποχρεωτικά
☐	Αντίγραφο πτυχίου ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ	Υποχρεωτικά
☐	Αναλυτική βαθμολογία πτυχίου 1 ^{ου} κύκλου σπουδών	Υποχρεωτικά
☐	Αντίγραφα άλλων τίτλων σπουδών και αναλυτική βαθμολογία όπου είναι σχετική	Αν υπάρχουν
☐	Πιστοποιητικό γνώσης αγγλικής γλώσσας σε επίπεδο B2	Υποχρεωτικά
☐	Πιστοποιητικά γνώσης άλλης γλώσσας εκτός Αγγλικής	Προαιρετικά
☐	Πιστοποιητικό επάρκειας στην Ελληνική γλώσσα	Μόνο για αλλοδαπούς
☐	Αντίγραφα πτυχιακής ή διπλωματικής εργασίας	Αν υπάρχουν
☐	Αντίγραφα δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά ή πρακτικά συνεδρίων	Αν υπάρχουν
☐	Δικαιολογητικά άλλων επιστημονικών δραστηριοτήτων ή επαγγελματικής προϋπηρεσίας	Προαιρετικά
☐	Μία τουλάχιστο συστατική επιστολή από μέλη ΔΕΠ ή Ερευνητές ή εργοδότες	Υποχρεωτικά – η συστατική κατατίθεται απευθείας από τους συντάκτες
☐	Άλλα δικαιολογητικά	Προαιρετικά

Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΠΜΣ «Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας»

Η συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων για τις ανάγκες του ΠΜΣ «Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας» ακολουθεί:

- τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων 679/2016 και του νόμου Ν. 3471/2006,
- την Πολιτική Προστασίας Ιδιωτικότητας – Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Απόφαση Συγκλήτου 33/16/4-7-2019,),

Συγκεκριμένα, η πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων των υποψηφίων του ΠΜΣ εξειδικεύεται ως παρακάτω.

1. Συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

Κατά την υποβολή αιτήσεων στο ΠΜΣ «Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας» τα προσωπικά δεδομένα των υποψηφίων συλλέγονται, διατηρούνται και επεξεργάζονται σύμφωνα με τις ανάγκες της διαδικασίας που πρέπει να ακολουθηθεί για την επιλογή τους ή όχι στο ΠΜΣ. Τα ακριβή δεδομένα που συλλέγονται είναι αυτά που ζητούνται από την παραπάνω αίτηση υποψηφιότητας.

2. Σκοπός επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

Η συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων γίνεται αποκλειστικά και μόνο για τους παρακάτω σκοπούς:

- α) Υποβολή και αξιολόγηση αιτήσεων υποψηφιότητας. Οι υποψήφιοι/ες υποβάλλουν αίτηση στο ΠΜΣ «Έρευνα και Καινοτομία στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ, και αξιολογούνται από την Επιτροπή Αξιολόγησης Υποψηφίων στην οποία και θα διαβιβαστούν τα στοιχεία των αιτήσεων.
- β) Διαβίβαση στοιχείων επιτυχόντων. Για τους επιτυχόντες υποψηφίους, τα στοιχεία των αιτήσεών τους θα διαβιβαστούν στις αρμόδιες ακαδημαϊκές και οικονομικές υπηρεσίες του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στον ισχύοντα Κανονισμό του ΠΜΣ. Ο σκοπός της διαβίβασης αφορά τόσο την ακαδημαϊκή όσο και οικονομική διαχείριση των νέων μεταπτυχιακών φοιτητών του ΠΜΣ.
- γ) Αναγκαία επεξεργασία για τη διασφάλιση έννομου συμφέροντος. Τα δεδομένα που υποβάλλουν οι υποψήφιοι μεταπτυχιακοί φοιτητές θα διατηρούνται και θα επεξεργάζονται στο βαθμό που απαιτείται για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων σύμφωνα με τους εκάστοτε κανονισμούς.

3. Χρονικό διάστημα διατήρησης προσωπικών δεδομένων

Τα προσωπικά δεδομένα των επιτυχόντων μεταπτυχιακών φοιτητών διατηρούνται επ' αόριστον. Οι αιτήσεις των υποψηφίων που δεν έγιναν δεκτοί στο ΠΜΣ διαγράφονται/καταστρέφονται μετά την πάροδο ενός (1) ακαδημαϊκού έτους.

4. Δικαιώματα υποψηφίων μεταπτυχιακών φοιτητών

Το Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ διασφαλίζει τα δικαιώματα των υποψηφίων μεταπτυχιακών φοιτητών σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους και φροντίζει την διευκόλυνση της άσκησης των δικαιωμάτων τους. Οι υποψήφιοι έχουν δικαίωμα να ζητήσουν:

- α) Πρόσβαση στα προσωπικά τους δεδομένα και στις πληροφορίες σχετικά με το ποια δεδομένα τους επεξεργαζόμαστε, τους σκοπούς της επεξεργασίας, τους αποδέκτες και τη διάρκεια της επεξεργασίας.
- β) Διόρθωση των προσωπικών τους δεδομένων σε περίπτωση που είναι ανακριβή ή ελλιπή.
- γ) Διαγραφή των προσωπικών τους δεδομένων εφόσον συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις.
- δ) Περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών τους δεδομένων μόνο για συγκεκριμένους σκοπούς.
- ε) Φορητότητα των δεδομένων τους, δηλαδή να λάβουν τα δεδομένα που έχουν παράσχει ή να ζητήσουν την απευθείας αποστολή τους σε τρίτο.
- στ) Ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή τη συγκατάθεσή τους για την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας τους για τη διαμόρφωση του προφίλ τους. Στην περίπτωση αυτή, θα διακοπεί η επεξεργασία τους από εμάς, χωρίς αυτό να επηρεάζει τη νομιμότητα κάθε επεξεργασίας μέχρι την ανάκληση της συγκατάθεσής τους.

Τέλος, εάν θεωρηθεί ότι παραβιάζονται τα δικαιώματά των υποψηφίων μεταπτυχιακών φοιτητών, οι υποψήφιοι έχουν το δικαίωμα να προσφύγουν στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (URL: <https://www.dpa.gr> Email: contact@dpa.gr και complaints@dpa.gr Τηλ.: +30 210 6475600).

Υπεύθυνος Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ΔΠΘ: dpo@duth.gr