

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΔΗΜΟΚΡΕΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ
6^ο χλμ ΑΛΞ/ΠΟΛΗΣ-ΜΑΚΡΗΣ
68100 ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



HELLENIC REPUBLIC

DEMOCRITUS UNIVERSITY OF
THRACE
UNIVERSITY CAMPUS
6th km ALEXANDROUPOLIS-
MAKRIS
GR 681 00 ALEXANDROUPOLI
SCHOOL OF MEDICINE
SECRETARIAT

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Προς
Το Γραφείο μεταπτυχιακών σπουδών

Κοινοποίηση

- Δομή Απασχόλησης και Σταδιοδρομίας Δ.Π.Θ.
- Διεύθυνση Ακαδημαϊκών Θεμάτων
- Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γεώργιο Γεωργιάδη

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Αγγειακές
Προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού
σταδίου»

Η Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής στην αριθ. 2/30 Οκτωβρίου
2018 συνεδρίασή της, αφού έλαβε υπόψη:

1. Την αριθ. 78/57/24-4-2018 Απόφαση της Συγκλήτου του Δ.Π.Θ.
(ΦΕΚ 2670/Β/6-7-2018) «Έγκριση επανίδρυσης Προγράμματος
Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Αγγειακές Προσπελάσεις σε
ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου»
2. Τις διατάξεις του άρθρου 34 του Ν. 4485/2018 (114 Α')
3. Την αριθ. 79/57/24 Απριλίου 2018 Απόφαση της Συγκλήτου του
Δ.Π.Θ. (ΦΕΚ 3730/Β/31-8-2018) «Έγκριση του Κανονισμού του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο: «Αγγειακές
προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου»
του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του
Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης».

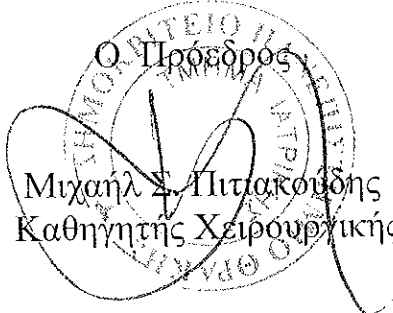
Πληροφορίες
Τηλ.: 25510/30900
Fax: 25510/30922
E-mail: secr@med.duth.gr

Information
tel: +3025510/30900
fax: +3025510/30922
E-mail

5. Το αριθ. ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/4205/317/20-9-2018 έγγραφο του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Γεώργιου Γεωργιάδη

αποφάσισε να εγκρίνει τη συνημμένη πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Αγγειακές προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου».

Ο Πρόεδρος
Μιχαήλ Σ. Πιτακούδης
Καθηγητής Χειρουργικής





0009458057

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Α. Π.: Εισερχ. ΔΠΘ/ΤΙΑΤΡ/4205/317

Ημ/νία: Είσερχ. 20/09/2018

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δ/ΝΤΗΣ: Αναπληρωτής Καθηγητής Γεώργιος Σ. Γεωργιάδης



GREEK DEMOCRACY
DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE
MEDICAL SCHOOL
DEPARTMENT OF VASCULAR SURGERY
HEAD: Associate Professor **George S. Georgiadis**

Ημ/νία Αποστολής: 19/09/2018

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ "ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ"

Το Τμήμα Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης καλεί τους ενδιαφερόμενους να υποβάλουν υποψηφιότητα για την παρακολούθηση του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο: **"ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ"** για το ακαδημαϊκό έτος 2018-19 που οδηγεί στην απονομή Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης.

Αντικείμενο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **"ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ"** είναι η μεταπτυχιακή διδασκαλία, έρευνα και πρακτική εκπαίδευση στο επιστημονικό πεδίο των Αγγειακών Προσπελάσεων σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Σκοπός του προγράμματος είναι η κατάρτιση των συμμετεχόντων με όλες τις επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις στην εξάσκηση και χειρουργική κατάρτιση των διαφόρων εναλλακτικών και διαφορετικών τεχνικών των αγγειακών προσπελάσεων (υβριδικών, σύνθετων και ενδαγγειακών) σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Οι απόφοιτοι θα έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στην βελτίωση των υπηρεσιών παροχής υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

Στο ΠΜΣ γίνονται δεκτοί Πτυχιούχοι Τμημάτων Ιατρικής της ημεδαπής ή αντιστοίχων αναγνωρισμένων ομοταγών Ιδρυμάτων της αλλοδαπής καθώς επίσης και πτυχιούχοι Πανεπιστημιακών Τμημάτων Νοσηλευτικής.

Η χρονική διάρκεια του προγράμματος είναι δύο εξάμηνα με καταβολή διδάκτρων συνολικού ύψους 2200 ευρώ. Ο αριθμός εισακτέων στο πρόγραμμα ορίζεται κατ' ανώτατο όριο έως σαράντα (30) ανά έτος. Η έναρξη του κύκλου των μαθημάτων του ΠΜΣ για το ακαδημαϊκό έτος 2018-19 θα γίνει τον **Μάρτιο** του 2019.

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν τα παρακάτω δικαιολογητικά έως και την **Δευτέρα 10 Δεκεμβρίου 2018** (σφραγίδα ταχυδρομείου, σε περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής) στη Διεύθυνση Γραμματεία Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστημιούπολη, 6^ο χλμ Αλεξ/πολης-Μάρκρης, Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη 68100.

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Αντίγραφο πτυχίου και άλλων τίτλων σπουδών (με τις απαιτούμενες μεταφράσεις και αναγνωρίσεις για τίτλους της αλλοδαπής)
3. Φωτοτυπία ταυτότητας

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου
Δραγάνα, 68100 Αλεξανδρούπολη – Τηλ.: 2551353123, 2551353125, 2551030338, Fax: 2551353124
c-mail: ggeorgia@med.duth.gr, georgiadis_gs@hol.gr
University General Hospital of Evros
Dragana, 68100, Alexandroupolis – Tel.: +30 2551353123, 2551353125, 2551030338, Fax: +30 2551353124

-
4. Μία πρόσφατη φωτογραφία
 5. Αποδεικτικό γνώσης της αγγλικής γλώσσας ή υπεύθυνη δήλωση ικανοποιητικής γλωσσομάθειας (θα αξιολογηθεί κατά την ενδεχόμενη προφορική εξέταση). Αποδεικτικό άλλης γλώσσας προαιρετικά
 6. Βιογραφικό σημείωμα όπου θα φαίνονται οι σπουδές, η επιστημονική, ερευνητική και επαγγελματική εμπειρία
 7. Αντίγραφα δημοσιεύσεων (η πλήρης δημοσίευση σε περιοδικό σε αντίγραφο ή πλήρη στοιχεία του περιοδικού και αντίγραφο της περίληψης), ανακοινώσεων (αντίγραφο μόνο της περίληψης από το βιβλίο περιλήψεων)
 8. Συστατική(ες) επιστολή(ες) έως 2 προαιρετικά
 9. Πιστοποιητικό επάρκειας των αλλοδαπών υποψηφίων στην ελληνική γλώσσα (Ν.2083/92, αρθ. 12, παρ. 2α)
 10. Πιστοποιητικό ή υπεύθυνη δήλωση επαρκούς γνώσης χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή.
 11. Δικαιολογητικά άλλων επιστημονικών δραστηριοτήτων ή πιστοποιητικά άλλης επαγγελματικής προϋπηρεσίας, προαιρετικά.

Η αξιολόγηση για την αποδοχή των ΜΦ στο ΠΜΣ πραγματοποιείται από τριμελή Επιτροπή Επιλογής στην οποία προεδρεύει ο Διευθυντής του ΠΜΣ. Για την επιλογή των υποψηφίων ΜΦ συνεκτιμώνται τα προσόντα τους όπως αυτά αποτυπώνονται από τις αιτήσεις τους. Πιο συγκεκριμένα λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Αναγνωρισμένος βασικός τίτλος με βαθμό πτυχίου
- Συνάφεια γνωστικού αντικείμενου
- Επιστημονική επάρκεια με ενδεικτική βιβλιογραφία
- Ξένη γλώσσα με επάρκεια (βασική Ευρωπαϊκή)
- Συστατικές επιστολές (από καθηγητές μαθημάτων συναφών με το αντικείμενο του μεταπτυχιακού ή/και εργοδότες)
- Συνέντευξη ενώπιον "Επιτροπής Μεταπτυχιακού/Αξιολόγησης"
- Επαγγελματική εμπειρία/Ερευνητικά ενδιαφέροντα
- Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα (αναφορά εργασιών, δημοσιεύσεων, προϋπηρεσίας κ.ά., που ενισχύουν την υποψηφιότητα)
- Αυτοπεριγραφική έκθεση/Προσωπική δήλωση/ Έκθεση κινήτρων/ενδιαφερόντων (ελεύθερο ή δομημένο κείμενο)

Η Επιτροπή Επιλογής ενδέχεται, κατά την κρίση της, να καλέσει τους υποψήφιους ΜΦ σε προφορική συνέντευξη.

Οι υποψήφιοι θα ενημερωθούν για την έκβαση της αίτησής τον **Δεκέμβριο** του **2018**.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ

Τα μαθήματα θα διεξάγονται σε εντατικές ενότητες Παρασκευή- Σάββατο και Κυριακή μία φορά τον μήνα, ώστε να διευκολύνεται η παρακολούθηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος από εργαζόμενους και διαμένοντες σε άλλες πόλεις.

Περισσότερες πληροφορίες για το ΠΜΣ με τίτλο: "Αγγειακές Προσπελάσεις σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια" διατίθενται στην ιστοσελίδα καθώς και στα τηλέφωνα: 2551030338, 2551353123, 2551353125

Email: ggeorgia@med.duth.gr

Με τιμή

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΜΣ "ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ"



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Σ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ
ΑΝΑΠΑΗΡΩΤΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΤΙΤΛΟ
"ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ"

ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2018-19

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας: _____

Τ. Κ.: _____

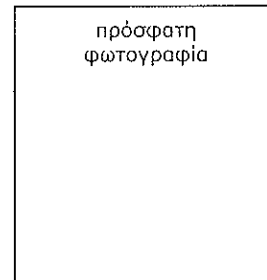
Τηλέφωνα

Οικίας: _____

Εργασίας: _____

Κινητό: _____

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: _____



Σας επισυνάπτω τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

"ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ"

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____

Τόπος γέννησης: _____

Αριθ. Αστ. Ταυτότητας: _____

ΑΦΜ: _____

Δ.Ο.Υ.: _____

Οικογενειακή κατάσταση: _____

Ιδιότητα – Επάγγελμα: _____

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

-
6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
-

Όλα τα δικαιολογητικά θα πρέπει να κατατεθούν στη Γραμματεία ως την ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων.

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί για τον Κανονισμό Λειτουργίας και συμφωνώ.
