



**Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)
Παράρτημα Κύπρου**

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ
για Προπτυχιακές Σπουδές στο ελληνόφωνο Τμήμα Ιατρικής
ΕΚΠΑ-Παράρτημα Κύπρου

Ημερομηνία Υποβολής:/...../2025

Προθεσμία Υποβολής: 08/09/2025 – 30/09/2025

* Οι εκδηλώσεις ενδιαφέροντος δεν επέχουν θέση αίτησης εγγραφής. Οι αιτήσεις εγγραφής θα δύνανται να υποβληθούν μετά την ολοκλήρωση όλων των διαδικασιών πιστοποίησης και κατόπιν νέας ανακοίνωσης.

1. Προσωπικά Στοιχεία Υποψηφίου

Ονοματεπώνυμο

(όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας):

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Ημερομηνία Γέννησης: / /

Τόπος Γέννησης:

Υπηκοότητα:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου:

2. Στοιχεία Επικοινωνίας

Διεύθυνση Κατοικίας:

Πόλη / Τ.Κ.:

Χώρα:

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Email:

3. Σπουδές

Τίτλος Απολυτηρίου / Πτυχίου:

Έτος Αποφοίτησης:

Ίδρυμα / Σχολείο Αποφοίτησης:

Γενικός Βαθμός Απολυτηρίου / 20 ή / 100
(ή ισοδύναμος τίτλος):

4. Δικαιολογητικά που Συνοδεύουν την Αίτηση

Επισημάνετε με ✓ τα δικαιολογητικά που επισυνάπτετε:

☐ **Φωτοαντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου**

☐ **Τίτλος Σπουδών:**

☐ (α) Απολυτήριο αναγνωρισμένου εκπαιδευτικού ιδρύματος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εξαιτούς τουλάχιστον διάρκειας

☐ (β) Τίτλο ισότιμο ή αντίστοιχο του πιο πάνω απολυτηρίου, ανεξάρτητα αν αυτό αποκτήθηκε στην Κυπριακή Δημοκρατία ή στο εξωτερικό).

☐ **Αποτελέσματα των εξεταζόμενων μαθημάτων** στις Πανελλαδικές/Παγκύπριες εισαγωγικές εξετάσεις (για υποψηφίους/ες από Ελλάδα ή Κύπρο) και αποτελέσματα αντίστοιχων εξετάσεων εισαγωγής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση για υποψηφίους/ες άλλων κρατών.

(Για υποψήφιους/ες από Ελλάδα θα ληφθούν υπόψη οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων, εφόσον έχουν περάσει την Ελάχιστη Βάση Εισαγωγής (ΕΒΕ) του αντίστοιχου επιστημονικού πεδίου στις Πανελλήνιες Εξετάσεις)

☐ **Βιογραφικό Σημείωμα**

☐ **Πιστοποιητικά Γλωσσομάθειας:**

☐ Πιστοποιητικό Αγγλομάθειας, τουλάχιστον επιπέδου B2 (Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή κλίμακα γλωσσομάθειας)

☐ Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας (εφόσον απαιτείται)

☐ **Άλλα (π.χ. Συστατικές επιστολές, Πιστοποιήσεις, Εθελοντική δράση):**

.....
.....

5. Δήλωση Υποψηφίου

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή και ακριβή. Επιθυμώ να συμμετάσχω στη διαδικασία επιλογής για την ένταξη στο Προπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Ιατρικής του ΕΚΠΑ – Παράρτημα Κύπρου, με έναρξη τον Οκτώβριο του 2025.

Ονοματεπώνυμο Υποψηφίου: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / 2025