**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Αίτηση συνάφειας τίτλου σπουδών**

**Αρ. Μητρώου υπαλλήλου: …………………………………**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**Σχέση Εργασίας: ΜΟΝΙΜΟΣ**

**Κλάδος: ...................…………………………………………**

**Υπηρεσία: …………………………………………………….**

**Τηλ.: …………………………………………………………...**

**Email: …….…………………………………………………….**

**Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

(επιλέγονται κατά περίπτωση)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Πιστοποιητικό Μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης
 |  |
| 1. Πιστοποιητικό Διδακτορικού διπλώματος
 |  |

**Προς (α) Γραμματεία της Σχολής .......................................**

**.................................................................................................**

**(β) Διεύθυνση Διοικητικού - Τμήμα Ε.Τ.Ε.Π. Ε.Μ.Π.**

*(για μέλη ΕΤΕΠ που δεν ανήκουν σε Σχολή)*

Με την παρούσα αιτούμαι, κατ’ εφαρμογή της παρ. 9 του άρθρου 3 του ν.4354/2015, την αναγνώριση του επισυναπτόμενου τίτλου σπουδών ως συναφούς με το αντικείμενο εργασίας μου στο Ίδρυμα.

|  |  |
| --- | --- |
| Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης |  |
| Διδακτορικό δίπλωμα |  |

Ο/Η αιτών/ούσα

…...……………

Ημερομηνία, …………………….