

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Διεύθυνση: Θηβών 2 Γουδή | ΑΘΗΝΑ, 00/00/0000 |
| Πληροφορίες: Χ.Αγγελοπούλου, Β.Αναγνωστοπούλου |  |
| Τηλέφωνο: 210-7461159, 1120 |  |
| Ηλ. ταχυδρομείο: jarmar@dent.uoa.gr, vanag@dent.uoa.gr | Αριθμ. πρωτ.: |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο:  |  | Όνομα:  |  |
| Όνομα Πατέρα:  |  | Όνομα Μητέρας:  |  |
| Τόπος Γέννησης:  |  | Ημερομηνία Γέννησης:  |  |
| Αριθμός Μητρώου:  |  | Ημερομηνία Εγγραφής:  |  |

Ο/Η ανωτέρω διεξήγαγε μεταδιδακτορική έρευνα στην/στον/στις «…………………….» (γνωστικό αντικείμενο της έρευνας), από …./…./….. έως …./…../….., υπό την επίβλεψη του/της ………………………….. (ονοματεπώνυμο και ιδιότητα του/της επιβλέποντα/ουσας) και με την ολοκλήρωσή της παρουσίασε δημόσια το έργο του/της στις …../…../……

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.

Ο/Η Πρόεδρος του Τμήματος

(υπογραφή)