|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ  ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ  Επώνυμο:…………………………………………..  Όνομα:………………………………………………  Όνομα πατέρα:………………………………….  Α.Μ.: ………………………………………………….  Ειδικότητα: .........................................  Σχέση εργασίας:   * Μόνιμος * Αναπληρωτής * Αναπληρωτής ΕΣΠΑ   Σχολείο οργανικής θέσης:  ………………………………………………………………….  Σχολείο υπηρέτησης:  …………………………………………………………………..  Σταθερό τηλέφωνο: ……………………………………..  Κινητό τηλέφωνο:………………………………………… | **ΠΡΟΣ:**  **ΔΙΕΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ**  **ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε την  αναγνώριση της συνάφειας του διδακτορικού τίτλου σπουδών που σας καταθέτω.  Τίτλος σπουδών: ………………………………………..  ……………………………………………………………………..  ………………………………………………………………….. .  Ίδρυμα έκδοσης τίτλου: …………………………..  …………………………………………………………………..  …………………………………………………………………. . |
| Θεσσαλονίκη,…………………………. | Ο / Η Αιτ…………………… |

Συνημμένα:

1. Φωτοαντίγραφο τίτλου σπουδών ( με επίσημη μετάφραση για ξενόγλωσσο τίτλο)
2. Φωτοαντίγραφο αναλυτικής βαθμολογίας με αναφορά θέματος διδακτορικής διατριβής.