დანართი 2

დამტკიცებულია:

შპს „დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის“

2019 წლის 11 მარტს

რექტორის #22/ა ბრძანების თანახმად



ფოტო

**შპს ,,დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი”-ს**

**დოქტორანტურის კონკურსანტის სააპლიკაციო ფორმა**

**პერსონალური ინფორმაცია**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| გვარი, სახელი, მამის სახელი | | | | | | | | | |
| დაბადების თარიღი (რიცხვი,თვე,წელი) | | | | | |  | | სქესი |  |
| დაბადების ადგილი: | | |  | | | | | | |
| მისამართი (ქალაქი, ქუჩა) | | | | | | | | | |
| საფოსტო ინდექსი: | | | | ტელეფონი: | | | მობილური: | | |
| ელ. ფოსტა: | | | | | | |  | | |
| სამუშაო ადგილი: | |  | | | | | | | |
| თანამდებობა |  | | | | | | | | |
| სამუშაო ადგილის მისამართი: | | | | |  | | | | |

**ინფორმაცია განათლების შესახებ (ქრონოლოგიური თანამიმდევრობით)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| უმაღლესი სასწავლებელი | ფაკულტეტი | | ჩარიცხვის წელი | დამთავრების წელი | დიპლომის ნომერი | მინიჭებული კვალიფიკაცია |
|  |  | |  |  |  |  |
| უცხო ენის/ენების/ცოდნა: | | | | წერა | კითხვა | საუბარი |
|  | | | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |
| აკადემიური მოსწრების შეფასება | |  | | | | |
| კლინიკური მუშაობის გამოცდილება | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| მიღებული ჯილდო ან საპატიო წოდება: | | | | | |
| მიუთითეთ ინფორმაცია ორი პროფესორის (მუშაობის შემთხვევაში დაწესებულების ხელმძღვანელისა და ერთი პროფესორის) შესახებ | | | | | |
| **1.** | სახელი, გვარი |  | | | |
| თანამდებობა |  | | ტელეფონი: |  |
| სამუშაო ადგილის მისამართი: | |  | | |
| **2**. | სახელი, გვარი |  | | | |
| თანამდებობა |  |  | ტელეფონი: |  |
| სამუშაო ადგილის მისამართი: | |  | | |

|  |
| --- |
| **სამეცნიერო მიმართულების დასახელება, სადაც გსურთ სამეცნიერო კვლევის შესრულება** |
|  |

|  |
| --- |
| მოკლე აღწერილობა სამეცნიერო მუშაობის გამოცდილების შესახებ, კავშირი სადოქტორო პროგრამის სამეცნიერო კვლევასთან |
|  |
| თქვენი მიზნები დოქტურანტურის პროგრამის დამთავრების შემდეგ |
|  |
| დამატებითი ინფორმაცია (სურვილისამებრ) |
|  |

----------------------------------------------------- თარიღი:

აპლიკანტის ხელმოწერა