**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΑΞΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ / ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………………………….……………………………………….

Πατρώνυμο: ……………………………………………………………………………………………………………..

Βαθμίδα: ………………………………………………………………….………………………………………………...

Τόπος γέννησης: ………………………………………………………………………………………………………...

Ημερομηνία γέννησης: …………………………….…………………………………………………………………

Διεύθυνση κατοικίας: ………………………….…………………………………………………………………...

Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (e-mail): ......................................................

Υποβάλλω υποψηφιότητα για το αξίωμα του:

Πρόεδρου ………………⃰

Αναπληρωτή Προέδρου………………⃰.

του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζει ο Ν. 4485/2017, άρθρο 23, όπως τροποποιήθηκαν με το άρθρο 97 του Ν. 4692/2020, καθώς και η με αριθμ. 788/23.6.2020 Προκήρυξη Εκλογών για την ανάδειξη Προέδρου και Αναπληρωτή Προέδρου του Τμήματος Ιατρικής.

Με την παρούσα αίτησή μου **επισυνάπτω:**

1. Φωτοαντίγραφο Δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή Διαβατηρίου

2. Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα εκλογιμότητας.

 Ιωάννινα, …./…./2020

 Ο Δηλών/ Η Δηλούσα

 ………………………..

 (υπογραφή)