

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΑΔΤ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

Ιωάννινα, _____

Προς:

Τη Γραμματεία του Χειρουργικού Τομέα

**Θέμα: Υποβολή υποψηφιότητας για Διευθυντής
της Κλινικής/του Εργαστηρίου
του Χειρουργικού Τομέα**

Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για Διευθυντής της Κλινικής /του Εργαστηρίου του Χειρουργικού Τομέα του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις του νόμου 4957/2022, της υπ' αριθμ. εγκυκλίου 119929/Ζ1/30-9-2022 και της ΚΥΑ 123024/Ζ1/6-10-2022 (Β' 5220).

Καταθέτω την υποψηφιότητά μου γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι ως άνω διατάξεις.

Ο Αιτών/Η Αιτούσα