|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  | **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **TMHMA ΙΑΤΡΙΚΗΣ** | **Θεσσαλονίκη,**  **Αρ. Πρωτ.:** |
| auth logo black ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ  ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ |  |
| Πληροφορίες: Θεοδώρα Γαζοπούλου-Τσουφλίδου  *Τηλ.: 2310 99 9269*  *E-mail: thgazopo@auth.gr*  *Κτίριο Νέων Αμφιθεάτρων Ιατρικής* |

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΛΟΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ………………………………… ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ………………………………… ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΣ**

**Γραμματεία του Τομέα ……………………**

**Αξιότιμε/η κύριε/κυρία Διευθυντά,**

Δια της παρούσης υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για τη θέση του/της Διευθυντή/Διευθύντριας τ.. ……………… του Τομέα …………………… του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ, για θητεία τριών ετών, σύμφωνα με την Προκήρυξη.

*Συνημμένα, υποβάλω:*

*Υπεύθυνη Δήλωση περί μη συνδρομής κωλύματος εκλογιμότητας*

**Ο/Η Αιτών/ούσα**

[υπογραφή]

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

**Επώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Όνομα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Βαθμίδα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τμήμα: Ιατρικής

Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τηλ. Γραφείου: 2310 99\_\_\_\_

Κινητό: 69\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_