|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  | **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****TMHMA ΙΑΤΡΙΚΗΣ** |   **Θεσσαλονίκη,**  **Αρ. Πρωτ.:**  |
| auth logo black ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ |  |
| 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 Τμήματος Ιατρικής**

**Αξιότιμε/η κύριε/κυρία Πρόεδρε,**

Δια της παρούσης υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για τη θέση του/της Διευθυντή/Διευθύντριας του Τομέα \_\_\_\_\_\_ του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ, για το χρονικό διάστημα από 1-9-2023 έως 31-8-2025.

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