|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  | **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **TMHMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Θεσσαλονίκη,**  **Αρ. Πρωτ.:** |
| auth logo black ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ  ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ | ΤΟΜΕΑΣ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΛΟΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ/ΝΤΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Αξιότιμε/η κύριε/κυρία Διευθυντή/ντρια Τομέα**

***(συμπληρώνετε ανάλογα)***

Δια της παρούσης υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για τη θέση του/της Διευθυντή/Διευθύντριας της Κλινικής \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ του Τομέα \_\_\_\_\_\_ του Τμήματος \_\_\_\_\_\_\_\_ της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ, για το χρονικό διάστημα από \_\_-\_\_-202\_\_ έως \_\_-\_\_-202\_\_, σύμφωνα με την αριθμ. \_\_\_\_\_/\_\_-\_\_-202\_\_ Προκήρυξη.

*Συνημμένα, υποβάλω:*

*Υπεύθυνη Δήλωση περί μη συνδρομής κωλύματος εκλογιμότητας*

**Ο/Η Αιτών/ούσα**

[υπογραφή]

**ΠΡΟΣ**

**Γραμματεία Τομέα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(συμπληρώνετε ανάλογα)***

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

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

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

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

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

Τμήμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Τηλ. Γραφείου: 2310 99\_\_\_\_

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

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