­­­

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ**

**ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Ε.ΔΙ.Π.)**

**ΣΤΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………………………………………………………

Όνομα Πατέρα: …………………………………………………………………………………………….

Όνομα Μητέρας: …………………………………………………………………………………………..

Ιδιότητα: ……………………………………………………………………………………………………….

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

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

Τηλέφωνο:……………………………………………………………………………………………………..

Υποβάλλω υποψηφιότητα για την ανάδειξή μου ως εκπροσώπου των μελών του Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π), στη Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζει ο Ν. 4485/2017 (Α΄ 114), και τις Υπουργικές Αποφάσεις (Β΄3255 και Β΄ 3969)/2017 και η με αριθμ. πρωτ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ προκήρυξη εκλογών.

Θεσσαλονίκη, ../ ../2021

Ο Δηλών/Η Δηλούσα

(Υπογραφή)