|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η / Δ Η Λ Ω Σ Η ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ** ΘΕΜΑ:«Εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη θέση εκπροσώπου των μελών του Δ.Ε.Π. του Τομέα Μητέρας Παιδιού της Ιατρικής Σχολής, στη Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης»ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΙΔΙΟΤΗΤΑ:ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:Συνημμένα σας υποβάλλω:* (α)Υπεύθυνη Δήλωση (Ν.1599/1986) ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα εκλογιμότητας, για τη θέση ως άνω, βάσει των ισχυουσών διατάξεων του Νόμου.
* (β)Έντυπο ενημέρωσης για τα Προσωπικά Δεδομένα
 | Π Ρ Ο Σ:Την Κοσμήτορα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου ΚρήτηςΜε την αίτησή μου αυτή δηλώνω την υποψηφιότητά μου ως εκπρόσωπος των μελών Δ.Ε.Π. του Τομέα Μητέρας Παιδιού στη Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι διατάξεις του Ν.4957/2022 (Α΄141) όπως ισχύουν, σε συνδυασμό με την υπό στοιχεία 123024/Ζ1/07.10.2022 (Β΄5220) κοινή υπουργική απόφαση Με εκτίμηση, Ο αιτών / Η αιτούσα(θέση υπογραφής)Ιδιότητα(Ονοματεπώνυμο) |
|  (Τόπος), (Ημερομηνία)\_\_/\_\_/2025 |  |