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

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΕΚΠΡOΣΩΠΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Ε.ΔΙ.Π) ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

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

***(συμπληρώνετε και διαγράφετε ανάλογα)***

Δια της παρούσης υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για τη θέση του/της Εκπροσώπου του Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π.) του Τομέα \_\_\_\_\_\_ του Τμήματος \_\_\_\_\_\_\_\_της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ, για το χρονικό διάστημα από 01-09-2024 έως 31-08-2025, σύμφωνα με την αριθμ. \_\_\_\_\_/\_\_-\_\_-202\_\_ Προκήρυξη.

**Ο/Η Αιτών/ούσα**

[υπογραφή]

**ΠΡΟΣ**

**Γραμματεία Τομέα/Τμήματος \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(συμπληρώνετε και διαγράφετε ανάλογα)***

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

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

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

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

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

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

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

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

Τηλ. Γραφείου: 2310 99\_\_\_\_

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

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