|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  | **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****TMHMA ΙΑΤΡΙΚΗΣ** |   **Θεσσαλονίκη,**  **Αρ. Πρωτ.:**  |
|  ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ |  |
|  |

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΛΟΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ………………………………… ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΣ**

**Γραμματεία του Τομέα Φυσιολογίας, Φαρμακολογίας, Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής,**

**Αξιότιμε/η κύριε/κυρία Πρόεδρε,**

Δια της παρούσης υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για τη θέση του/της Διευθυντή/Διευθύντριας της Κλινικής/Εργαστηρίου ……………… του Τομέα …………………… του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ, για θητεία τριών ετών, σύμφωνα με την Προκήρυξη.

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