**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**

**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ**

**ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Ε.Τ.Ε.Π.) ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (Ε.ΔΙ.Π.)**

**ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Θεσσαλονίκη, ………………………..** | Με τιμή,  (Ψηφιακή Υπογραφή) |

Υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για την ανάδειξή μου ως εκπροσώπου (τακτικού/αναπληρωματικού) των μελών του **Ειδικού Τεχνικού Εργαστηριακού Προσωπικού (Ε.Τ.Ε.Π.) ή Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π.),** στη Γενική Συνέλευση του Τομέα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_του Τμήματος Οδοντιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, για το χρονικό διάστημα από 01-09-2024 έως 31-08-2025, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζει ο Ν. 4957/2022 (Α΄141) και η με αριθμ. πρωτ. ………………. Προκήρυξη.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν αποχωρώ αυτοδίκαια από την υπηρεσία κατά τη διάρκεια της θητείας για την οποία προκηρύσσεται η θέση και δεν τελώ σε άδεια άνευ αποδοχών ή σε αναστολή καθηκόντων κατά τον χρόνο διενέργειας της εκλογής.

**ΠΡΟΣ**

**Τον Διευθυντή Του Τομέα**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ του Τμήματος**

**Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΑΣ/ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

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

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

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

Ιδιότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Τηλ. Γραφείου: 2310 99\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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