|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΑΔΤ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ιωάννινα, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Προς:****Τον Διευθυντή του Χειρουργικού Τομέα****(Γραμματεία Τομέα:** **oharisi@uoi.gr****)** **Θέμα: Υποβολή υποψηφιότητας για εκπρόσωπος μελών ΕΔΙΠ στη Γενική Συνέλευση του Χειρουργικού Τομέα για το ακαδημαϊκό έτος 2024-2025**Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για εκπρόσωπος μελών ΕΔΙΠ στη ΓενικήΣυνέλευση του Χειρουργικού Τομέα του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις του νόμου 4957/2022, της υπ’ αριθμ. εγκυκλίου 119929/Ζ1/30-9-2022 και της ΚΥΑ 123024/Ζ1/6-10-2022 (Β’ 5220)Καταθέτω την υποψηφιότητά μου γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι ως άνω διατάξεις. Ο Αιτών/Η Αιτούσα **………………………** |