|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΑΔΤ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ιωάννινα, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Προς:**  **Τον Διευθυντή του Χειρουργικού Τομέα**  **(Γραμματεία Τομέα:** [**oharisi@uoi.gr**](mailto: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  **………………………** |