|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………………  ΟΝΟΜΑ:…………………………………………………….  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………….  ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……………………………………..  ΙΔΙΟΤΗΤΑ:…………………………………………………..  Α.Δ.Τ.:………………………………………………………..  E-mail:………………………………………………………..  ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………………………….  **Θέμα:** Υποψηφιότητα για το αξίωμα του Κοσμήτορα της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.  **Συνημμένα:**  α) Αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Αντίγραφο Διαβατηρίου.  β) Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπο μου κωλύματα εκλογιμότητας.  γ) Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα,  *(προαιρετικό)*  δ) Πρόταση του/της υποψηφίου/ας για την ανάπτυξη των εκπαιδευτικών, ερευνητικών και λοιπών δραστηριοτήτων της Σχολής και των επιμέρους ακαδημαϊκών μονάδων της  σύμφωνα με το στρατηγικό σχέδιο του Α.Ε.Ι., την Εθνική Στρατηγική για την Ανώτατη Εκπαίδευση και την Εθνική Στρατηγική  Έρευνας, Τεχνολογικής Ανάπτυξης και Καινοτομίας. | **Π Ρ Ο Σ**  **ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΟΥ**  **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  Με την παρούσα αίτηση:  α) υποβάλω υποψηφιότητα για το αξίωμα του Κοσμήτορα της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στο πλαίσιο της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.  β) αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής στην παρούσα και δηλώνω ότι γνωρίζω τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την ιδιότητα του Κοσμήτορα, σύμφωνα με τα άρθρα 25-26 του ν. 4957/2022(Α΄141) και όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν με τον ν. 5094/2024(Α΄39).  γ) δηλώνω ότι συναινώ στη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, όπως αυτά αναφέρονται στην παρούσα αίτηση και στα συνυποβαλλόμενα με αυτήν δικαιολογητικά αποκλειστικά για την αξιολόγηση της αίτησής μου στο πλαίσιο της διαδικασίας της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος  Τόπος / Ημερομηνία:  …………………, …/…/….  Ο Αιτών / Η Αιτούσα  ……………………………………. |