**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΑΞΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ/ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ**

**(παρακαλούμε επιλέξτε και διαγράψτε μία από τις δύο επιλογές)**

**ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ**

**ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**

**Στοιχεία υποψηφίου**

Ονοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Βαθμίδα:

ΑΔΤ:

Ημερομηνία Γέννησης

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Κινητό:

e-mail:

Υποβάλω υποψηφιότητα για το αξίωμα του Προέδρου/Αντιπροέδρου (παρακαλούμε επιλέξτε και διαγράψτε μία από τις δύο επιλογές) της Ιατρικής Σχολής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ε.Κ.Π.Α., γνωρίζοντας τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας, καθώς και την υπ’ αριθμ. πρωτ. Ε.Κ.Π.Α. 36496/12.4.23 προκήρυξη εκλογών.

Συνημμένα, καταθέτω:

* Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (δύο όψεων)
* Υπεύθυνη Δήλωση (περί μη συνδρομής κωλύματος εκλογιμότητας)

Αθήνα, …./…../2023

Ο/Η αιτών/ούσα και δηλών/ούσα

……………………….

(Υπογραφή)