**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

 **ΓΙΑ ΤΟ ΑΞΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ / ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ**

 **ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

 **ΤΟΥ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ**

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………………………….……………………………………….

Πατρώνυμο: ……………………………………………………………………………………………………………..

Βαθμίδα: ………………………………………………………………….………………………………………………...

Τόπος γέννησης: ………………………………………………………………………………………………………...

Ημερομηνία γέννησης: …………………………….…………………………………………………………………

Διεύθυνση κατοικίας: ………………………….…………………………………………………………………...

Διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (e-mail): ......................................................

Υποβάλλω υποψηφιότητα για το αξίωμα του:

Πρόεδρου ………………⃰

Αναπληρωτή Προέδρου………………⃰.

του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο άρθρο 23 του Ν. 4485/2017 (ΦΕΚ 114/04-08-2017 τ. Α΄) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 97 του Ν.4692/2020 (ΦΕΚ 111/12.06.2020 τ. Α΄) και στην αριθ. ΔΠΘ/ΣΕΥ/55002/538/25-06-2020 Προκήρυξη εκλογών για την ανάδειξη Προέδρου και Αναπληρωτή Προέδρου του Τμήματος Ιατρικής, με θητεία δύο ακαδημαϊκών ετών από 01-09-2020 έως 31-08-2022.

Με την παρούσα αίτησή μου **επισυνάπτω:**

1. Φωτοαντίγραφο Δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή Διαβατηρίου

2. Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα εκλογιμότητας.

 Αλεξανδρούπολη, / /2020

 Ο Δηλών/ Η Δηλούσα

 (υπογραφή)