|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** | **ΠΡΟΣ**  **ΤΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΤΟΥ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΥ – ΚΛΙΝ/ΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΉΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Δ.Π.Θ.** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |  |
| ΟΝΟΜΑ: | Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για την εκλογή μου ως εκπρόσωπος του Ειδικού Διδακτικού Προσωπικού **(Ε.Τ.Ε.Π.)**, στην Συνέλευση του Μορφολογικού – Κλιν/κού Τομέα του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δ.Π.Θ. |
| ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |
| ΙΔΙΟΤΗΤΑ: |
| Α.Δ.Τ.: |  |
| ΤΗΛ: | Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα εκλογιμότητας και ότι συναινώ για τη συλλογή, τήρηση και οποιαδήποτε μορφή επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από το Όργανο Διενέργειας εκλογών (Ο.Δ.Ε.) που σχετίζονται με την ψηφοφορία, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων (Κανονισμός ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και τον Ν.4624/2019) |
| Email: |
| ΤΗΛ: |
| Email: |
|  |
|  |
| Αλεξανδρούπολη…………/………../2023 |
|  |

Ο Αιτών/Η Αιτούσα