

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ -
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΠΡΟΣ
ΤΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ
ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Δ.Π.Θ.**

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΙΔΙΟΤΗΤΑ:

Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για την εκλογή μου ως εκπρόσωπος του Ειδικού Διδακτικού Προσωπικού (**Ε.Τ.Ε.Π.**), στην Συνέλευση του Τομέα Χειρουργικής του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Δ.Π.Θ.

Α.Δ.Τ.:

ΤΗΛ:

Email:

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)

Αλεξανδρούπολη-..... -2024

Ο Αιτών / Η Αιτούσα