**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΑΞΙΩΜΑ ΤΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΤΟΥ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΎ -ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΥ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ**

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

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

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

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

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

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

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

Υποβάλλω υποψηφιότητα για το αξίωμα του Διευθυντή του Μορφολογικού -Κλινικοεργαστηριακού Τομέα του Τμήματος Ιατρικής, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο άρθρο 27 του Ν. 4485/2017 (ΦΕΚ 11/4-8-2017 τ. Α΄)

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 ……../…..…./2025

 Ο Δηλών/Η Δηλούσα

 ……………………………………..

 (υπογραφή)

**(\* Ο Δηλών/Η Δηλούσα αναγράφει το σημείο Χ στο κενό της θέσης για την οποία υποβάλλει υποψηφιότητα)**