**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΑΞΙΩΜΑ ΤΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ**

**ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

**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 της ……………………………….Κλινικής του Τομέα Χειρουργικής 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

 Ο Δηλών/ Η ΔΗΛΟΥΣΑ

 ……………………………………..

 (υπογραφή)

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