|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΑΔΤ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ιωάννινα, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Προς:****Τον Διευθυντή του Τομέα Υγείας του Παιδιού****(Γραμματεία Τομέα:** childmed@uoi.gr**)** **Θέμα: Υποβολή υποψηφιότητας για εκπρόσωπος μελών Ε.ΔΙ.Π. στη Γενική Συνέλευση του Τομέα Υγείας του Παιδιού για το ακαδημαϊκό έτος 2025-2026**Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για εκπρόσωπος μελών Ε.ΔΙ.Π. στη ΓενικήΣυνέλευση του Τομέα Υγείας του Παιδιού του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις του νόμου 4957/2022, της υπ’ αριθμ. εγκυκλίου 119929/Ζ1/30-9-2022 και της ΚΥΑ 123024/Ζ1/6-10-2022 (Β’ 5220)Καταθέτω την υποψηφιότητά μου γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι ως άνω διατάξεις. Ο Αιτών/Η Αιτούσα **………………………** |