**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΌΤΗΤΑΣ**

**Για την ανάδειξη εκπροσώπου των μελών**

**του Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π.)**

στην Κοσμητεία της Σχολής Επιστημών Υγείας

του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: ………………………………………….  Όνομα: ……………………….…………………….  Πατρώνυμο: ……………………………………..  e-mail: ………………………………………………  Τηλέφωνο: ……………………………………….  Ηράκλειο ……./……../2023 | Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για την ανάδειξή μου ως εκπροσώπου των μελών του Ε.ΔΙ.Π.στην Κοσμητεία της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζει ο Ν. 4957/2022 (Α΄ 141) και η με αρ. 123024/Ζ1/06.10.2022 (B’ 5220) κοινή υπουργική απόφαση.  Ο Δηλών / Η Δηλούσα |

|  |  |
| --- | --- |
| **Προς:** | την Κοσμήτορα της Σχολής Επιστημών Υγείας |