**ΑΙΤΗΣΗ / ΔΉΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΌΤΗΤΑΣ**

**Προς την Εφορευτική Επιτροπή**

(διά της αρμόδιας για θέματα προσωπικού υπηρεσίας του ιδρύματος)

**για την ανάδειξη εκπροσώπων των μελών του Ε.ΔΙ.Π.**

στα Συλλογικά Όργανα της Σχολής Επιστημών Υγείας

του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

(ύστερα από την υπ’ αρ. πρωτ. 120/Φ.20/08.06.2021 προκήρυξη διενέργειας εκλογών

και πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος από τον Κοσμήτορα της Σχολής)

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: ………………………………………….  Όνομα: ……………………….…………………….  Πατρώνυμο: ……………………………………..  Τηλέφωνο: ……………………………………….  Ηράκλειο ……./……../2021 | Με την παρούσα αίτηση δηλώνω την υποψηφιότητα μου για την ανάδειξή μου ως εκπροσώπου των μελών του Ε.ΔΙ.Π.της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου  στην Κοσμητεία της Σχολής   στη Γενική Συνέλευση της Σχολής  δεδομένου ότι πληρώ τις προϋποθέσεις που ορίζονται στην ισχύουσα νομοθεσία για την υποβολή υποψηφιότητας και δε συντρέχει στο πρόσωπό μου κώλυμα εκλογιμότητας.  Ο Δηλών / Η Δηλούσα |