ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Πατρώνυμο: | |
| ΑΔΤ: | |
| Βαθμίδα: | |
| Τηλέφωνο γραφείου: | |
| Κινητό: | |
| e-mail: | |

Ηράκλειο, ...-…-………..

**ΠΡΟΣ**

Τον/Την Πρόεδρο του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Αξιότιμε/μη κ. Πρόεδρε,

παρακαλώ δεχθείτε την υποψηφιότητά μου για τη θέση του/της Διευθυντή/ντριας του Εργαστηρίου «Μελέτης Συμπεριφορών Υγείας και Οδικής Ασφάλειας» του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας για το χρονικό διάστημα από 01-09-2025 έως 31-08-2028.

Συνημμένα υποβάλλω:

1. Βιογραφικό σημείωμα, το οποίο συναινώ να αποσταλεί στα μέλη του εκλεκτορικού σώματος,
2. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα εκλογιμότητας,
3. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου.

Ο αιτών / Η αιτούσα

<υπογραφή>

<ονοματεπώνυμο>

<βαθμίδα>