



ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΛΟΓΗ ΚΟΣΜΗΤΟΡΑ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Για το χρονικό διάστημα από 01.09.2021 έως 31.08.2024

Στοιχεία υποψηφίου

Ονοματεπώνυμο:

Πατρώνυμο:

Α.Δ.Τ.:

Βαθμίδα:

Τμήμα:

Ημερομηνία γέννησης:/...../.....

Τηλέφωνο γραφείου/ Κινητό.....

Email:

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την υποψηφιότητά μου για τη θέση του Κοσμήτορα της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών, για το χρονικό διάστημα από 01.09.2021 έως 31.08.2024.

Σας δηλώνω ότι δε συντρέχει στο πρόσωπό μου κώλυμα εκλογιμότητας ή ασυμβίβαστου. Συγκεκριμένα:

α) είμαι μέλος ΔΕΠ πλήρους απασχόλησης του Τμήματος β) δεν κατέχω αξίωμα σε άλλο μονοπρόσωπο όργανο διοίκησης του οικείου ή άλλου ΑΕΙ γ) κατά τη διάρκεια της προκηρυσσόμενης θητείας δε πρόκειται να αποχωρήσω από την υπηρεσία λόγω συμπλήρωσης του ανώτατου ορίου ηλικίας και δ) κατά τη διάρκεια της προκηρυσσόμενης θητείας δε θα έχω επαγγελματική απασχόληση εκτός του Ιδρύματος και δεν θα κατέχω άλλη έμμισθη θέση στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

Με την παρούσα :

α. Επισυνάπτω

1. Βιογραφικό Σημείωμα

Αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση hsdean@upatras.gr

2. Αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας

β. **Συναινών** στην ανάρτηση του βιογραφικού μου σημειώματος στην ιστοσελίδα του Ιδρύματος **ναι**

☐ **όχι** ☐ **(σημειώστε με ✓)**

Πάτρα,/...../2021

Ο/Η/ αιτών/ούσα

[υπογραφή]