|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  ΕΠΩΝΥΜΟ:……………………………………………………..…………  ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………………….……  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:…………………………………………………...……  ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……………………………………..….….…  ΙΔΙΟΤΗΤΑ:…………………………………………………………………  Α.Δ.Τ.:………………………………………………………..………………..  email: …………………………………………………@uowm.gr  ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………..……………………………  ***Θέμα:*** Υποψηφιότητα για το αξίωμα του/της **Κοσμήτορα/ρος** της Σχολής Επιστημών Υγείας του Π.Δ.Μ.  **Συνημμένα:**  -Φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου  -Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπο του/της υποψηφίου/ας κωλύματα εκλογιμότητας ή ασυμβίβαστα κατά τις παρ. 3 και 4 του άρθρο 24 του ν. 4957/2022.  -Πρόταση του/της υποψηφίου/ας ανάπτυξης των δραστηριοτήτων της Σχολής και των επιμέρους ακαδημαϊκών μονάδων της, σύμφωνα με την παρ 5 του άρθρου 24 του ν. 4957/2022.  -Βιογραφικό σημείωμα με αναφορά των ακαδημαϊκών, επιστημονικών και διοικητικών προσόντων, σύμφωνα με την παρ 6 του ν.4957/2022) | **Π Ρ Ο Σ:**  **Το Συμβούλιο Διοίκησης του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας**  Με την παρούσα αίτηση:  Α) υποβάλλω υποψηφιότητα για το αξίωμα του/της Κοσμήτορα/ρος της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις που ορίζει το άρθρο 24 του ν. 4957/2022  Β) δηλώνω ότι συναινώ στη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, όπως αυτά αναφέρονται στην παρούσα αίτηση και στα συνυποβαλλόμενα με αυτήν δικαιολογητικά, αποκλειστικά για τους σκοπούς διενέργειας της εκλογικής διαδικασίας για την ανάδειξηΚοσμήτορα σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.  *Τόπος / Ημερομηνία*  *Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή* |