**Αίτηση υποψηφιότητας για την ανάδειξη εκπροσώπου μελών Ε.ΔΙ.Π. και αναπληρωτή του στη Συνέλευση του Τμήματος Λογοθεραπείας, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου**

ΕΠΩΝΥΜΟ: ..............................................

ΟΝΟΜΑ:...................................................

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ..........................................

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: ........................................

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:…….………………………….

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:………..……………….

……………………………………….……….…….……..

ΠΟΛΗ:……………………………………………………

Τ.Κ.:……………………………………………………….

EMAIL:………………………………………

ΤΗΛ.: ………………………………………….

***ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ***

ΑΡΙΘΜΟΣ: ...............................................

ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ......................................

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ..............................

**Προς:**

**Τον Πρόεδρο του Τμήματος Λογοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου**

Σας υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για τις εκλογές ανάδειξης εκπροσώπου μέλους Ε.ΔΙ.Π. στη Συνέλευση του Τμήματος Λογοθεραπείας σύμφωνα με την υπ΄αριθμ. 10397/30.04.2025 προκήρυξη εκλογών, γνωρίζοντας τις προϋποθέσεις που ορίζει ο Νόμος.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα εκλογιμότητας.

Καλαμάτα, …../…../2025

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Ονοματεπώνυμο)