

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ-
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

ΠΡΟΣ: Την Κοσμητόρισα
της Σχολής Επιστημών Υγείας

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ιδιότητα:

Τμήμα:

Α.Δ.Τ.:

Ημερ. γέννησης:

Τηλ:

Email:

Θέμα: Υποβολή υποψηφιότητας για την εκλογή
Εκπροσώπου/Αναπληρωτή/ Αναπληρώτριας
Εκπροσώπου του Εργαστηριακού Διδακτικού
Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π.) στην Κοσμητεία της
Σχολής Επιστημών Υγείας

Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω υποψηφιότητα για την εκλογή μου ως εκπρόσωπος/αναπληρωτής/ αναπληρώτρια εκπρόσωπος, του Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.ΔΙ.Π.) στην Κοσμητεία της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, με θητεία από 1/9/2026 έως 31/8/2027.

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:

1. Δεν συντρέχουν στο πρόσωπό μου κωλύματα-ασυμβίβαστα εκλογιμότητας σύμφωνα με το άρθρο 41, παρ. 4 του Ν. 4957/2022 «Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για τη θέση του εκπροσώπου έχουν όλα τα μέλη Ε.Ε.Π., Ε.ΔΙ.Π. και Ε.Τ.Ε.Π. υπό την προϋπόθεση ότι δεν αποχωρούν από την υπηρεσία κατά τη διάρκεια της θητείας για την οποία προκηρύσσεται η θέση και δεν τελούν σε άδεια άνευ αποδοχών ή σε αναστολή καθηκόντων κατά τον χρόνο διενέργειας των εκλογών».
2. Συναινώ για τη συλλογή, τήρηση και οποιαδήποτε μορφή επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από το Όργανο Διενέργειας Εκλογών (Ο.Δ.Ε.), που σχετίζονται με την ψηφοφορία, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων (Κανονισμός ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και τον ν. 4624/2019).

Ο Αιτών/Η Αιτούσα