|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α**  up_2017_logo_gr.jpg |  | ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  **ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ  Τηλ.: 2610/969100-8  E-mail: [secretary@med.upatras.gr](mailto:secretary@med.upatras.gr)  Web site: [www.med.upatras.gr](http://www.med.upatras.gr) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ**  **Επώνυμο: ………………………………………**  **Όνομα: ……………………………………….…**  **Πατρώνυμο:………………………………….…**  **Τηλ: ……………………….…………….………**  **Ε-mail:………………………….………..…..…**  **Διεύθυνση: …………………………………..…**  Συνημμένα δικαιολογητικά:  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7. κτλ | **Προς: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**  **ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  **ΥΓΕΙΑΣ TOY ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**  Σας υποβάλω την υποψηφιότητά μου, σύμφωνα με τη σχετική πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για απασχόληση με σύμβαση ανάθεσης έργου, για τις ανάγκες λειτουργίας της Επώνυμης Έδρας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών στο γνωστικό αντικείμενο *«****Ογκολογική Ουρολογία*»** στο πλαίσιο της ΠρογραμματικήςΣυμφωνίας συνεργασίας μεταξύτου Πανεπιστημίου Πατρών και του δωρητή με την επωνυμία «Ένωση Προώθησης Ουρολογικής Έρευνας (ΕΠΟΕ)»*,* η δαπάνη της οποίας δεν επιβαρύνει τον τακτικό προϋπολογισμό του Πανεπιστημίου Πατρών.  (ημερομηνία) ………………………………..  Με τιμή  Ο/Η αιτών-ούσα  …………………………………………………… |