|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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, ως διδάσκων, για τις ανάγκες λειτουργίας της Επώνυμης Έδρας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών στο γνωστικό αντικείμενο: *«****Ανδρολογικής Ουρολογίας*»** στο πλαίσιο της ΠρογραμματικήςΣυμφωνίας συνεργασίας μεταξύτου Πανεπιστημίου Πατρών και του δωρητή με την επωνυμία «Ίδρυμα Ανδρέας Μεντζελόπουλος»*,* η δαπάνη της οποίας δεν επιβαρύνει τον τακτικό προϋπολογισμό του Πανεπιστημίου Πατρών.  (ημερομηνία) ………………………………..  Με τιμή  Ο/Η αιτών-ούσα  …………………………………………………… |