

**ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΚΛΟΓΕΣ ΤΟΥ Π.Σ.Α.μεΑ.
ΣΑΒΒΑΤΟ5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024**

ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑ:	
ΓΕΝΝΗΣΗ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΑΝΑΠΗΡΙΑ:	

Επιθυμώ να υποβάλλω την υποψηφιότητά μου για(σημειώστε με X) :

<input type="checkbox"/>	ΜΕΛΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ Π.Σ.Α.μεΑ.*
<input type="checkbox"/>	ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΕΛΕΓΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΟΥ Π.Σ.Α.μεΑ.
<input type="checkbox"/>	ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ Α.μεΑ. (Ε.Σ.Α.μεΑ.) **
<input type="checkbox"/>	ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ Α.μεΑ. ΒΟΡ.ΑΙΓΑΙΟΥ***

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν είμαι εκπρόσωπος άλλου Σωματείου Ατόμων με Αναπηρία για την Περιφερειακή Ομοσπονδία Α.μεΑ. Βορείου Αιγαίου και την Εθνική Συνομοσπονδία Α.μεΑ.

Χίος, / /

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

(υπογραφή)

- * Τα υποψήφια μέλη για το Διοικητικό Συμβούλιο ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ να είναι και υποψήφια μέλη για την Ελεγκτική Επιτροπή (άρθρο 19, παρ.Α καταστατικού)**
- ** Τα υποψήφια μέλη για το Διοικητικό Συμβούλιο ΜΠΟΡΟΥΝ να είναι ταυτόχρονα υποψήφιοι ως αντιπρόσωποι της Ε.Σ.Α.μεΑ. ή της Π.Ο.Α.μεΑ.Β.Α.**
- *** Τα υποψήφια μέλη για την Π.Ο.Α.μεΑ.Β.Α. και την Ε.Σ.Α.μεΑ. ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ να είναι εκπρόσωποι άλλου Σωματείου Α.μεΑ. στους ίδιους φορείς.**