## ***Διαβιβαστικό Αίτησης για Εργαστήρια***

****

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ – Ν. 4485/2017**

Α.Φ.Μ.: 998219694 – Α΄ Δ.Ο.Υ. ΠΑΤΡΩΝ

ΤΗΛ: 2610-997888 FAX: 2610-996677

E-mail: rescom@upatras.gr – Url: <http://research.upatras.gr>

|  |
| --- |
| **Διαβιβαστικό Αίτησης EY** |
| **Επιστημονικός Υπεύθυνος:**  |
| **Τμήμα:**  |
| **Εργαστήριο:**  |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** |
| **Τηλ.:**  | **e-mail:** |
| **Τεκμηρίωση Επιστημονικότητας των Προσφερόμενων Υπηρεσιών** *[Παρακαλούμε για την περιγραφή της μεθοδολογίας/ τεχνικής των προσφερόμενων υπηρεσιών, με τρόπο όπου θα φαίνεται η εξειδίκευση αυτών]* |
|  |
| **Συνημμένα:**   |
|  | ***Αίτηση- Δήλωση για Έργο Παροχής Υπηρεσίας*** | [ ] ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ |
|  | ***Αίτηση \_Δήλωση για Έργο Παροχής Υπηρεσίας από Μεμονωμένα μέλη ΔΕΠ*** | [ ] ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ |
|  | ***ΦΕΚ Ίδρυσης Εργαστηρίου*** | [ ] ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | ***ΦΕΚ Εσωτερικού Κανονισμού Εργαστηρίου*** | [ ] ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | ***Έγκριση του Τομέα ή Τμήματος ή Σχολής ή Κοσμητείας, για την παροχή υπηρεσιών*** | [ ] ΤΟΜΕΑΣ  | ☐ΤΜΗΜΑ | ☐ΣΧΟΛΗ | ☐ΚΟΣΜΗΤΕΙΑ |
|  | ***Κατάλογος Παρεχόμενων Υπηρεσιών (συμπ. Κοστολογίου)*** | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | Βιογραφικά των μελών ΔΕΠ/ομάδας εργασίας | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | **Φόρμα Στοιχείων** *(βλ.*[Παράρτημα IV](#_ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ_ΙV:_Φόρμα)*)* | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | **Άλλο** | *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
| ☐ Δηλώνω ότι οι προτεινόμενες υπηρεσίες είναι εναρμονισμένες σύμφωνα με τον Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών  |
|  Πάτρα, / /20….  Επιστημονικός Υπεύθυνος |

****

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ – Ν. 4485/2017**

Α.Φ.Μ.: 998219694 – Α΄ Δ.Ο.Υ. ΠΑΤΡΩΝ

ΤΗΛ: 2610-997888 FAX: 2610-996677

E-mail: rescom@upatras.gr – Url: <http://research.upatras.gr>

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ**

**ΓΙΑ ΕΡΓΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ..................................................................., Επιστημονικός Υπεύθυνος (Ε.Υ.) του έργου παροχής υπηρεσιών που διεξάγεται από το Εργαστήριο [*τίτλος εργαστηρίου]* (ΦΕΚ...........................) δηλώνω ότι:

Α. για την παροχή υπηρεσιών από την εν λόγω Μονάδα Παροχής Υπηρεσιών (ΜΟ.Π.Υ.) τηρούνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 2 (α-γ) του Π.Δ. 159/1984.

Β. οι επιστημονικές εκθέσεις ερμηνείας, αξιολόγησης και τεκμηρίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών συντάσσονται με αξιοπιστία και τηρούν τους κανόνες επιστημονικής και ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Οι υπηρεσίες θα παρέχονται αποκλειστικά στις εγκαταστάσεις της ΜΟ.Π.Υ. του Παν/μίου Πατρών.

 O/Η Δηλών/ούσα

[Ονοματεπώνυμο]

………………………… Πάτρα, / /20

Ο/Το/Η Τομέας/Τμήμα/Σχολή/Κοσμητεία[[1]](#footnote-1) ................................................. που χορήγησε την άδεια παροχής υπηρεσιών προς τον Ε.Υ. κ. ................................................. έλαβε γνώση της ανωτέρω δήλωσής του και επιβεβαιώνει τα όσα σχετικά δηλώνει ο Ε.Υ..

 O/Η βεβαιών/ούσα

 [Ονοματεπώνυμο]

 Διευθυντής Τομέα/Πρόεδρος Τμήματος/Κοσμήτορας Σχολής[[2]](#footnote-2)

1. διαγράφεται ότι δεν εφαρμόζεται [↑](#footnote-ref-1)
2. διαγράφεται ότι δεν εφαρμόζεται [↑](#footnote-ref-2)