



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA**
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 7 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
BIENNIO 2014/2016

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Presentatore ufficiale:

Nome e Cognome _____

Matricola _____ anno di corso _____

Corso di studio _____

Indirizzo _____

Cell. _____ altro Cell. _____

e-mail istituzionale _____ @*studenti.unimol.it*

Firma _____

CANDIDATI:

1) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

2) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

3) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

4) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

5) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

6) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

7) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Amministrativo entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2014).

8) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

9) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

Presentatori di lista:

*spazio riservato alla
Segreteria Studenti*

1	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
2	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
3	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
4	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
5	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____

Studente designato quale scrutatore:

(cognome, nome)

(matricola, Corso di Studio, anno di corso)

***VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETARIA STUDENTI***

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Amministrativo entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2014).



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA**
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 7 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
BIENNIO 2014/2016

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

studente regolarmente iscritto al _____ del corso di _____

matricola n. _____

DICHIARA

di accettare la candidatura.

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

e-mail istituzionale: _____@*studenti.unimol.it*

Altra e-mail: _____

AUTENTICAZIONE

(firma)

***VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETERIA STUDENTI***

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Amministrativo entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2014).



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA**
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 7 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
BIENNIO 2014/2016

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

studente regolarmente iscritto al _____ del corso di _____

matricola n. _____

DICHIARA

di accettare la designazione quale scrutatore per la lista sopra indicata.

Codice Fiscale: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

e-mail istituzionale: _____@*studenti.unimol.it*

Altra e-mail: _____

AUTENTICAZIONE

(firma)

***VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETERIA STUDENTI***

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Amministrativo entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2014).