



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA TRASLAZIONALE

## Elezioni delle rappresentanze nei Consigli di Corso afferenti al Dipartimento di Medicina Traslazionale

Allegato 5

### ACCETTAZIONE CANDIDATURA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

Iscritto/a presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale al Corso di Laurea/Laurea magistrale/Laurea  
Magistrale a Ciclo Unico in:

\_\_\_\_\_

#### ACCETTA

di candidarsi per l'elezione a componente del seguente organo:

Consiglio di Corso in \_\_\_\_\_

nella LISTA denominata \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Firma del/la candidato/a

--