Dipartimento di Medicina Traslazionale - Elezioni dei rappresentanti delle studentesse/degli studenti in Consiglio di Dipartimento **Allegato 4**

Firme per la presentazione della lista:

NOME DELLA LISTA: _____

N.	N. matricola	Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Residenza	Recapito telefonico	documento di riconoscimento	FIRMA
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									