



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO DI
MEDICINA TRASLAZIONALE

Elezioni delle rappresentanze nel Consiglio di 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/dottorato di ricerca/scuola di specializzazione in:

ACCETTA

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

Consiglio di Dipartimento

Nella LISTA denominata _____

Si allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Firma del/la candidato/a