



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO DI
MEDICINA TRASLAZIONALE

**Elezioni suppletive delle rappresentanze per il biennio
accademico 2023/2024 – 2024/2025 nei Consigli di Corso
affidenti al Dipartimento di Medicina Traslazionale**

Allegato 2

La/Il sottoscritta/o _____

numero di matricola _____ in qualità di presentatrice/presentatore

presenta

la seguente **Lista** denominata _____

contenente l'indicazione dei nominativi delle candidate/dei candidati per le elezioni delle
rappresentanze studentesche nel Consiglio di Corso in _____

La/Il sottoscritta/o _____ matricola n. _____

in qualità di presentatrice/presentatore della Lista, nato/a a _____

il _____ residente in _____

via/p.za _____ telefono _____

dichiara

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche, che la firma apposta è autografa
e di essere a conoscenza delle sanzioni penali derivanti dalle dichiarazioni false emandaci.

Allega inoltre fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Firma della/del presentatrice/presentatore

--