



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO DI
MEDICINA TRASLAZIONALE

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

Allegato 5

ACCETTAZIONE CANDIDATURA

La/Il sottoscritto/a _____ matricola _____

Nata/o _____ 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 della/del candidata/o