



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

COMISSIONE PARITETICA DOCENTI-STUDENTI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 4 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
Biennio 2016/2018

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Presentatore ufficiale:

Nome e Cognome _____

Matricola _____ anno di corso _____

Corso di studio _____

Indirizzo _____

Cell. _____ altro Cell. _____

e-mail istituzionale _____ @studenti.unimol.it

Firma _____

CANDIDATI:

1) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

2) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

3) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

4) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

5) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

6) _____
(cognome, nome, matricola, corso di studio, anno di corso)

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Generale entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2016).

Presentatori di lista:

*spazio riservato alla
Segreteria Studenti*

1	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
2	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
3	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
4	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____
5	Cognome e Nome: Corso, Anno, Matricola:	Firma:	Documento di identità: _____ n° _____ del _____

Studente designato quale scrutatore:

(cognome, nome)

(matricola, Corso di Studio, anno di corso)

***VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETERIA STUDENTI***

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Generale entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2016).



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

COMISSIONE PARITETICA DOCENTI-STUDENTI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 4 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
Biennio 2016/2018

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

studente regolarmente iscritto al _____ del corso di _____

matricola n. _____

DICHIARA

di accettare la candidatura.

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

e-mail istituzionale: _____ @studenti.unimol.it

Altra e-mail: _____

AUTENTICAZIONE _____

(firma)

VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETERIA STUDENTI

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Generale entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2016).



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

**COMISSIONE PARITETICA DOCENTI-STUDENTI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 4 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
Biennio 2016/2018**

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

studente regolarmente iscritto al _____ del corso di _____

matricola n. _____

DICHIARA

di accettare la candidatura.

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

e-mail istituzionale: _____ @studenti.unimol.it

Altra e-mail: _____

AUTENTICAZIONE _____

(firma)

**VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETERIA STUDENTI**

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Generale entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2016).



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

**COMISSIONE PARITETICA DOCENTI-STUDENTI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE
VOTAZIONI PER L'ELEZIONE DI N. 4 RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
Biennio 2016/2018**

LISTA _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

studente regolarmente iscritto al _____ del corso di _____

matricola n. _____

DICHIARA

di accettare la designazione quale scrutatore per la lista sopra indicata.

Codice Fiscale: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

e-mail istituzionale: _____ @studenti.unimol.it

Altra e-mail: _____

AUTENTICAZIONE

(firma)

**VISTO PER L'AUTENTICA
SEGRETERIA STUDENTI**

N.B. Le firme richieste nel presente modulo devono essere apposte dinanzi al delegato del Direttore Generale entro il termine di presentazione delle liste (ore 12,00 del 10 marzo 2016).