



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO AGGREGATO IN TECNICHE DELLA
PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO E SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE
(CLASSI L-SNT4 e LM-SNT4)
biennio 2023/2025**

Votazioni per l'elezione di n. 4 rappresentanti degli studenti

Lista _____

(denominazione o sigla)

PRESENTATORE UFFICIALE

Cognome e nome: _____

Matricola: _____ anno di corso: _____

Corso di studio: _____

Indirizzo: _____

Cell.: _____

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

altro indirizzo e-mail: _____

Firma _____

CANDIDATI

(indicare per ciascun candidato: cognome, nome, corso di studio, anno di corso, matricola)

(allegare per ciascun candidato modulo di accettazione candidatura)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

PRESENTATORI DI LISTA

(indicare per ciascun presentatore di lista: cognome, nome, corso di studio, anno di corso, matricola)

| | |
|----------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO AGGREGATO IN TECNICHE DELLA
PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO E SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE
(CLASSI L-SNT4 e LM-SNT4)
biennio 2023/2025**

Votazioni per l'elezione di n. 4 rappresentanti degli studenti

Lista _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Studente regolarmente iscritto al _____ anno del corso di

matricola n. _____

DICHIARA

DI ACCETTARE LA CANDIDATURA.

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

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

altra e-mail: _____
