



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA  
(CLASSE LM-41)  
biennio 2023/2025**

Votazioni per l'elezione di n. 7 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)

---

7)

---

8)

---

9)

---

**PRESENTATORI DI LISTA**

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

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> |  |
| <b>2</b> |  |
| <b>3</b> |  |
| <b>4</b> |  |
| <b>5</b> |  |



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN CHIRURGIA E MEDICINA  
(CLASSE LM-41)**

**biennio 2023/2025**

Votazioni per l'elezione di n. 7 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_