



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
CHIRURGIA GENERALE
biennio 2023/2025**

Votazioni per l'elezione di n. 1 rappresentanti degli specializzandi

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) _____

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 DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI
CHIRURGIA GENERALE**

biennio 2023/2025

Votazioni per l'elezione di n. 1 rappresentanti degli specializzandi

Lista _____
(denominazione o sigla)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Studente regolarmente iscritto al _____ anno del corso della Scuola di Specializzazione in _____

matricola n. _____

DICHIARA

DI ACCETTARE LA CANDIDATURA.

Residenza: _____

Domicilio: _____

Tel.: _____

Cell.: _____

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

altra e-mail: _____
