



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO AGGREGATO IN FISIOTERAPIA E TECNICHE
DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
(CLASSE L/SNT2 e L/SNT3)
scorcio biennio 2023/2025**

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

Lista _____

(denominazione o sigla)

PRESENTATORE UFFICIALE

Cognome e nome: _____

Dipartimento: _____ 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, Dipartimento, 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, Dipartimento, corso di studio, anno di corso, matricola)

1	
2	
3	
4	
5	

Attestazione regolarità di iscrizione

La Segreteria studenti



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO AGGREGATO IN FISIOTERAPIA E TECNICHE
DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
(CLASSE L/SNT2 e L/SNT3)**

scorcio biennio 2023/2025

Votazioni suppletive 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: _____
