



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE

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

Votazioni suppletive per l'elezione di n. 2 rappresentanti degli specializzandi

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) \_\_\_\_\_

---

**PRESENTATORI DI LISTA**

***(indicare per ciascun presentatore di lista: Cognome, Nome, Dipartimento, corso di studio, anno di corso, matricola)***

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

Attestazione regolarità di iscrizione

La Segreteria studenti

---



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE

**CONSIGLIO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI  
CHIRURGIA GENERALE**

**scorcio biennio 2023/2025**

Votazioni suppletive per l'elezione di n. 2 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_