



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI
MEDICINA TRASLAZIONALE

Elezioni delle rappresentanze nei Consigli di Corso afferenti al Dipartimento di Medicina Traslazionale

Allegato 5

ACCETTAZIONE CANDIDATURA

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n. telefono _____

Iscritto/a presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale al Corso di Laurea/Laurea magistrale/Laurea
Magistrale a Ciclo Unico in:

ACCETTA

di candidarsi per l'elezione a componente del seguente organo:

Consiglio di Corso in _____

nella LISTA denominata _____

Si allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Firma del/la candidato/a