



Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a  
..... (Prov.) ..... il ..... residente a  
..... (Prov.) ....., CAP ....., telefono (cellulare)  
..... indirizzo ..... Codice Fiscale  
..... Indirizzo posta elettronica:  
.....

ISCRITTO PER L'A.A. 2015-2016 AL CORSO DI STUDIO IN

.....

DICHIARA DI ACCETTARE LA CANDIDATURA NELLA LISTA

per la elezione delle Rappresentanze Studentesche nel (barrare la casella corrispondente):

- ☐ CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
- ☐ SENATO ACCADEMICO
- ☐ NUCLEO DI VALUTAZIONE
- ☐ CONSULTA DEGLI STUDENTI
- ☐ COMITATO PER LO SPORT UNIVERSITARIO
- ☐ CONSIGLIO SCUOLA MEDICINA E CHIRURGIA
- ☐ CONSIGLIO SCUOLA FARMACIA E NUTRACEUTICA
- ☐ COMMISSIONE PARITETICA SCUOLA MEDICINA E CHIRURGIA
- ☐ COMMISSIONE PARITETICA SCUOLA FARMACIA E NUTRACEUTICA
- ☐ COMMISSIONE PARITETICA DIPARTIMENTO DI SCIENZE GIURIDICHE, STORICHE, ECONOMICHE E SOCIALI
- ☐ COLLEGIO DEGLI SPECIALIZZANDI

CATANZARO,

FIRMA DEL CANDIDATO

Documento di riconoscimento ..... N° .....

Rilasciato da .....

IL FUNZIONARIO INCARICATO