Al Dipartimento di Scienze Cliniche

e Medicina Traslazionale

[scienze.cliniche@med.uniroma2.it](mailto:scienze.cliniche@med.uniroma2.it)

OGGETTO: Presentazione candidatura per l’elezione telematica di 10 rappresentanti degli studenti di cui 2 dottorandi nel Consiglio di Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslazionale

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ , residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_) iscritto/a

al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presenta la propria candidatura per l’elezione indetta dal Direttore di Dipartimento in data 12/07/2021 a rappresentante degli studenti e dottorandi del Consiglio di Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslazionale

A tal fine il sottoscritto dichiara:

* di essere in regola, alla data odierna, con il pagamento delle tasse universitarie;
* di non aver superato il primo anno fuori corso.

Roma,\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del candidato/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di riconoscimento ed inviare a [scienze.cliniche@med.uniroma2.it](mailto:scienze.cliniche@med.uniroma2.it)