

Allegato 2

Raccolta firme per presentazione lista per il Consiglio di Dipartimento di...../ Consiglio di Corso in
...../Consiglio della Scuola di Medicina

DENOMINAZIONE LISTA:

Firme di sostegno

	COGNOME	NOME	N° MATRICOLA	DATA DI NASCITA	CORSO DI STUDIO	ESTREMI DOCUMENTO DI IDENTITA'(n° e Comune di rilascio)	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
