



All'Ufficio Affari generali e organi collegiali
Via Ravasi, 2 – Varese

ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI PER IL BIENNIO 1/12/2018 – 30/11/2020
MODELLO D - CONSIGLIO DELLA SCUOLA DI MEDICINA

LISTA _____
(denominazione)

IL/I SOTTOSCRITTO/I PRESENTA/NO LA PROPRIA CANDIDATURA
NEL **CONSIGLIO DELLA SCUOLA DI MEDICINA**

(indicare un numero di candidati non superiore al numero degli eligendi più due)

Capolista Cognome e nome Data di nascita	N° Matricola	Telefono	Indirizzo e-mail	Corso di studio e anno	Firma del candidato
			@studenti.uninsubria.it		
Cognome e nome Data di nascita	N° Matricola	Telefono	Indirizzo e-mail	Corso di studio e anno	Firma del candidato
			@studenti.uninsubria.it		



Cognome e nome Data di nascita	N° Matricola	Telefono	Indirizzo e-mail	Corso di studio e anno	Firma del candidato
			@studenti.uninsubria.it		
Cognome e nome Data di nascita	N° Matricola	Telefono	Indirizzo e-mail	Corso di studio e anno	Firma del candidato
			@studenti.uninsubria.it		

ai sensi dell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 e s.m.i., consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del medesimo decreto

- A) DICHIARANO DI ESSERE ISCRITTI NELL'A.A.2017/18 AL CORSO DI STUDIO SOPRA INDICATO PER LA PRIMA VOLTA E NON OLTRE IL PRIMO ANNO FUORI CORSO
- B) ALLEGANO ALLA PRESENTE **L'ALLEGATO 2** RELATIVO ALLA RACCOLTA DI ALMENO 10 FIRME DI SOSTEGNO
(gli studenti sostenitori devono essere iscritti ai corsi di studio gestiti dalla Scuola di Medicina – l'elenco dei corsi è consultabile presso l'Ufficio Affari generali e organi collegiali)
- C) INDICANO DUE RAPPRESENTANTI CHE POTRANNO ASSISTERE ALLE OPERAZIONI ELETTORALI E DI SCRUTINIO
(questa indicazione non è obbligatoria):

Cognome e nome Data di nascita	N° Matricola	Corso di studio	Firma di accettazione dello studente
-----------------------------------	-----------------	-----------------	---



Cognome e nome Data di nascita	N° Matricola	Corso di studio	Firma di accettazione dello studente

- D) I SOTTOSCRITTI CANDIDATI ALLEGANO FOTOCOPIA FRONTE E RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ'**
(allegare le fotocopie nell'ordine in cui i soggetti compaiono nella presente lista)
- E) ALLEGANO INOLTRE, IN FORMATO CARTACEO ED ELETTRONICO, IL SIMBOLO O MOTTO DELLA LISTA, SCRITTO O DISEGNATO IN NERO E RACCHIUSO IN UN CERCHIO**
- F) DICHIARANO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALLEGATA AL DECRETO DI INDIZIONE DELLE VOTAZIONI E DI DARE IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO PER LE FINALITÀ' IVI INDICATE**

Varese/Como _____ *(indicare la data)*