

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE DI BASE, NEUROSCIENZE E ORGANI DI SENSO
ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEI DOTTORANDI NEL CONSIGLIO DI
DIPARTIMENTO
- BIENNIO ACCADEMICO 2016-2018 -

PRESENTAZIONE DI CANDIDATURA

Dott./Dott.ssa _____
(Cognome, nome e matricola)

Scuola di dottorato _____

Indirizzo _____

Ciclo _____

(firma del/i presentatore/i)

(cognome, nome e matricola)

Il sottoscritto: _____

DICHIARA

di accettare la candidatura per l'elezione dei rappresentanti nel Consiglio del Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso, biennio accademico 2016-2018 e di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui agli artt. 4 e 5 del Regolamento Elettorale riformulato come da D.R. n. 3798 del 31.10.2015.

Si allega documento di identità

(firma)

Bari, _____