Scuola di Medicina - Elezioni delle rappresentanze studentesche Allegato 2

NOME DELLA LISTA: LOGO:

|  |
| --- |
| **ELENCO CANDIDATI/E** |
| **N.** | **N. matricola** | **Nome** | **Cognome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Residenza** | **Recapito telefonico** | **Corso di studio** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Firma del presentatore/della presentatrice