



**ELEZIONI DEL 16.4.2025 PER LA RAPPRESENTANZA DEGLI STUDENTI DELLE SCUOLE DI
SPECIALIZZAZIONE IN:
“FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA”
“IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA”**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/___ a _____
prov. (___) e residente in _____
prov. (___) C.A.P. _____ via _____
_____ Tel. _____/_____ matricola
n. _____ iscritto al _____ anno della Scuola di Specializzazione in
_____, presenta la propria candidatura a
Rappresentante degli Specializzandi in seno al Consiglio della Scuola di Specializzazione in

* Si allega fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Firma

=====

Spazio riservato all'autentica della firma

Tale è la firma del Dott. _____ nato/a _____
il ___/___/___ apposta in mia presenza, identificato con documento di riconoscimento

_____ n° _____ rilasciato
dal _____ il ___/___/___

Napoli, li ___/___/___

Il Funzionario dell'Ufficio accettante