



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL
FARMACO

**Elezioni delle rappresentanze nel Consiglio di Dipartimento di Scienze
del Farmaco**

Allegato 5

ACCETTAZIONE CANDIDATURA

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n. telefono _____

Iscritto/a presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco al corso di laurea/laurea magistrale/dottorato
di ricerca/scuola di specializzazione in: _____

ACCETTA

di candidarsi per l'elezione a componente del seguente organo:

Consiglio di Dipartimento

Nella LISTA denominata _____

Si allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Firma della candidata/del candidato