



ELEZIONI DEL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN NEUROLOGIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. (____) il ____/____/____ professore di ruolo dell'Ateneo del settore scientifico
disciplinare di riferimento della Scuola di specializzazione alla data di emanazione del
provvedimento di indizione dell'elezione

QUALIFICA _____

MATRICOLA _____

Presenta

la propria candidatura per le elezioni del Direttore della Scuola di Specializzazione in Neurologia
incardinato nel Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e
dell'Invecchiamento, che si terranno secondo il seguente calendario:

1° Votazione	il giorno	22/10/2018, dalle ore 09:00 alle ore 14 00,
2° Votazione	il giorno	23/10/2018, dalle ore 09:00 alle ore 14 00,
3° Votazione	il giorno	24/10/2018, dalle ore 09:00 alle ore 14 00,
4° Votazione	il giorno	25/10/2018, dalle ore 09:00 alle ore 14 00.

Firma

(si allega copia di un documento di riconoscimento)