

**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 e Chirurgiche Avanzate, che si terranno secondo
il seguente calendario:

| | | |
|--------------|-----------|---|
| 1° Votazione | il giorno | 25/01/2021, dalle ore 09:00 alle ore 14 00, |
| 2° Votazione | il giorno | 26/01/2021, dalle ore 09:00 alle ore 14 00, |
| 3° Votazione | il giorno | 27/01/2021, dalle ore 09:00 alle ore 14 00, |
| 4° Votazione | il giorno | 28/01/2021, dalle ore 09:00 alle ore 14 00. |

Firma

(si allega copia di un documento di riconoscimento)
