



**ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI**

**BIENNIO 2017-2019**

**CONSIGLIO  
DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE**

**DOTTORANDI**

**MODULISTICA PER LA PRESENTAZIONE  
DELLE CANDIDATURE**

## CONSIGLIO DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE

ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI

BIENNIO 2017-2019

### DOTTORANDI

CANDIDATO \_\_\_\_\_

SIMBOLO
---------

### PRESENTAZIONE CANDIDATURA

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_,

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

iscritt\_\_, per l'a.a. 2016/2017, al \_\_\_\_\_ anno del corso di dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ che afferisce al Dipartimento di Scienze,

### DICHIARA

di presentare la propria candidatura per l'elezione del rappresentante dei dottorandi nel **Consiglio del Dipartimento di Scienze.**

Potenza \_\_\_\_\_

IL CANDIDATO

\_\_\_\_\_

**N.B. – Allegare copia di un valido documento di riconoscimento**

CONSIGLIO DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE – DOTTORANDI – FIRME DI SOSTEGNO (almeno 5)

CANDIDATO \_\_\_\_\_

N.	MATRI-COLA	COGNOME E NOME FIRMA	LUOGO E DATA DI NASCITA	CORSO DI STUDIO
		(cognome e nome in stampatello)  (firma leggibile)		
		(cognome e nome in stampatello)  (firma leggibile)		
		(cognome e nome in stampatello)  (firma leggibile)		
		(cognome e nome in stampatello)  (firma leggibile)		
		(cognome e nome in stampatello)  (firma leggibile)		

**N.B. – Per ogni sottoscrittore, allegare copia di un valido documento di riconoscimento**

