



ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI

BIENNIO ACCADEMICO 2019-2021

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE
PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE
DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO
LE DISCRIMINAZIONI (CUG)**

MODULISTICA PER LA PRESENTAZIONE DELLE LISTE

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL
BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG)**

ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI

BIENNIO ACCADEMICO 2019-2021

Riservato all'Ufficio – Lista n. _____

SIMBOLO

DENOMINAZIONE DELLA LISTA _____
--

ELENCO DEI CANDIDATI

N.	MATRICOLA	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CORSO DI STUDIO
1				
2				

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG) – FIRME DI SOSTEGNO (almeno 15)**

LISTA _____

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

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG) – FIRME DI SOSTEGNO (almeno 15)**

LISTA _____

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

**COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA',
LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA
E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (CUG)**

**ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI STUDENTI
BIENNIO ACCADEMICO 2019-2021**

ACCETTAZIONE CANDIDATURA

__l__ sottoscritt__ _____, matr. n. _____
nat__ a _____ (____) il _____
residente in _____ (____) C.A.P. _____
via _____ n. _____ cell. _____
indirizzo e-mail _____

iscritt__ per l'a.a. 2018/2019 al _____ anno di corso/l anno fuori corso (depenare la voce che non interessa)

- del corso di laurea in: _____

- del corso di laurea magistrale in: _____

- della Scuola di Specializzazione in Beni Archeologici
- del dottorato di ricerca in _____

DICHIARA

di accettare la candidatura nella lista denominata _____
_____ per l'elezione della rappresentanza studentesca nel
**Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi
lavora e contro le discriminazioni (CUG).**

Potenza _____

IL CANDIDATO

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