

**ELEZIONI DEL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO**

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
Endocrinologia e Malattie del Metabolismo incardinata nel Dipartimento di Scienze Mediche,
Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, che si terranno secondo il seguente
calendario:

1° Votazione	il giorno	26/11/2018, dalle ore 09:00 alle ore 13 00,
2° Votazione	il giorno	27/11/2018, dalle ore 09:00 alle ore 13 00,
3° Votazione	il giorno	28/11/2018, dalle ore 09:00 alle ore 13 00,
4° Votazione	il giorno	29/11/2018, dalle ore 09:00 alle ore 13 00.

Firma

(si allega copia di un documento di riconoscimento)