**AL CONSIGLIO DEGLI STUDENTI**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE CANDIDATURA COMMISSIONI PARITETICHE**

# DIPARTIMENTI E SCUOLE DI ATENEO

Il/La sottoscritt\_

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome  |  |
| Nome  |  |
| Luogo di nascita  |  | Data di nascita  |  |
| Codice Fiscale  |  |
| Iscritto al corso di studio in  |  |
| Del Dipartimento di  |  |
| matricola  |  |
| cellulare  |  |
| e-mail  |   |

**intende candidarsi ai fini della designazione in seno alla Commissione Paritetica della Scuola di Medicina**

# A tal fine dichiara

consapevole della propria responsabilità penale ai sensi dell’art. 76 T.U. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti e uso di atti falsi e che, ai sensi dell’art. 75 T.U.445/2000, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti, di avere **le esperienze pregresse e/o acquisito la formazione di seguito elencata:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* Curriculum vitae.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_