



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL  
FARMACO

**Elezioni delle rappresentanze nel Consiglio di Dipartimento di Scienze  
del Farmaco**

**Allegato 4**

### **ACCETTAZIONE CANDIDATURA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

Iscritto/a presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco al corso di laurea/laurea magistrale/dottorato  
di ricerca/scuola di specializzazione in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **ACCETTA**

di candidarsi per l'elezione a componente del seguente organo:

Consiglio di Dipartimento

Nella LISTA denominata \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Firma della candidata/del candidato