

ALLEGATO 1

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
iscritto/a al seguente Corso di Studio \_\_\_\_\_  
per l'a.a. \_\_\_\_\_ con il seguente numero di matricola \_\_\_\_\_  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail istituzionale \_\_\_\_\_

DICHIARA

di voler presentare la propria candidatura per l'elezione a rappresentante degli studenti per il Corso di Studio a cui è iscritto/a.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di godere dell'elettorato passivo come indicato all'Art. 2 del Decreto del Direttore del Dipartimento di Scienze della Salute rep. n. 215 del 15/09/2025.

Potenza, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega copia di un valido documento di riconoscimento.