Alla UOC Scuole di Specializzazione

Area Sanitaria

servizio.sanita@unipv.it

ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI SPECIALIZZANDI AI FINI DELLA RICOSTITUZIONE DELL’OSSERVATORIO REGIONALE - MODELLO A

Il/la sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
|  |  |
| Nome |  |
|  |  |
| Data di nascita |  |
|  |  |
| Telefono |  |

Presenta la propria candidatura in qualità di rappresentante degli specializzandi per l’Area:

* MEDICA
* CHIRURGICA
* SERVIZI CLINICI

In quanto iscritto alla Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per l’afferenza tra le scuole e le aree si veda il Decreto Rettorale di indizione delle elezioni)

e dichiara di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali di cui all’art. 1 c. 11 del decreto di indizione delle votazioni e di dare il proprio consenso al trattamento per le finalità ivi indicate.

Pavia,\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare la data)*

FIRMA *(digitale/leggibile\*)*

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

\**in caso di firma olografa allegare un documento di riconoscimento in corso di validità.*