

Alla UOC Scuole di Specializzazione
Area Sanitaria
servizio.sanita@unipv.it

**ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI SPECIALIZZANDI AI FINI DELLA
RICOSTITUZIONE DELL'OSSEVATORIO 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 Rettoriale 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.