

Alla UOC Scuole di Specializzazione  
Area Sanitaria  
[servizio.sanita@unipv.it](mailto: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.*