ALL. A

Alla Segreteria del Dipartimento
di Scienze Mediche Traslazionali

Oggetto: Presentazione della lista dei candidati per l'elezione della rappresentanza degli studenti e degli assegnisti di ricerca in seno al Consiglio di Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" 2026-2028.

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a il _____/_____/_____ a _____

prov. (____) e residente in _____ prov. (____)

matr._____/_____ iscritto/a al Corso di studio _____

_____

del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali

PRESENTA LA LISTA

recante il motivo: _____

per l'elezione della rappresentanza degli studenti in seno al **Consiglio di Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali** dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", indetta per i giorni 19 e 20 maggio 2026

A tal fine, si allega la seguente documentazione:

- ✓ simbolo e/o motto della lista disegnato e/o scritto riprodotto anche su supporto magnetico;
- ✓ lista di n. _____ candidati;
- ✓ n. _____ dichiarazioni delle candidature con allegate fotocopia di un idoneo documento di riconoscimento.

Data, _____

Firma

_____

Recapiti per eventuali comunicazioni da parte della Segreteria del Dipartimento

tel. _____ e –mail _____

ALL. B

Indizione elezioni per nomina rappresentanti degli studenti e degli assegnisti di ricerca in seno al Consiglio di Dipartimento – biennio 2026-2028

Indette per i giorni 19 e 20 maggio 2026

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a il ____/_____/_____ a _____

prov. (___) e residente in _____ prov. (___)

C.A.P._____ via _____

Tel. _____ matr._____/_____ iscritto/a al Corso di studio in _____

Anno di corso/fuori corso* _____ del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali.

barrare la voce che non interessa

ACCETTA LA CANDIDATURA

per la carica di rappresentate degli studenti in seno al Consiglio di Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", **nella lista recante il motivo:**

_____

A tal fine dichiara:

• di non avere accettato la candidatura in altre liste in seno allo stesso organo;

• di non essere incorso in alcuna delle cause che impediscono il godimento dei diritti civili.

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

Data, _____

Firma del candidato

_____

ALL. C

Indizione elezioni per nomina rappresentanti degli studenti e degli assegnisti di ricerca in seno al Consiglio di Dipartimento – biennio 2026-2028

Indette per i giorni 19 e 20 maggio 2026

_____

(DENOMINAZIONE DELLA LISTA)

LISTA CANDIDATI

N. Prog.	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Corso di studio	Anno di corso	Matricola
1						
2						
3						
4						

Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichestralazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it

5						
6						
7						
8						
9						
10						

Ciascuna lista deve contenere un numero di candidature almeno pari al numero dei rappresentanti da eleggere più una unità (n. 8) ed al massimo pari al numero dei rappresentanti da eleggere più tre unità (n. 10).

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di
Scienze Mediche
Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichestralazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it

ALL. D

ELEZIONI PER LA DESIGNAZIONE DELLE RAPPRESENTANZE DEGLI STUDENTI E DEGLI ASSEGNISTI DI RICERCA IN SENO AL CONSIGLIO DI DIPARTIENTO DI SCIENZE MEDICHE TRASLAZIONALI - BIENNIO 2026-2028 - INDETTE PER I GIORNI 19 e 20 MAGGIO 2026						
RACCOLTA FIRME A SOSTEGNO DELLA LISTA _____						
	NOME E COGNOME	**LUOGO E DATA DI NASCITA**	**MATRICOLA**	**CORSO DI STUDIO**	**DOC. IDENTITÀ**	**FIRMA**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichestralazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it

	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	MATRICOLA	CORSO DI STUDIO	DOC. IDENTITÀ	FIRMA
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichestralazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it

22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di
Scienze Mediche
Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichestralazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it

35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di
Scienze Mediche
Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichestralazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it

All. E

MODULO DI CANDIDATURA ELEZIONE RAPPRESENTANTE DEI TITOLARI DI ASSEGNI DI RICERCA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE TRASLAZIONALI BIENNIO 2026/2028

PRESENTAZIONE CANDIDATURA

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a il _____/_____/_____ a _____

prov. (___) e residente in _____ prov. (___)

C.A.P._____ via _____

Tel. _____/_____ assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali presenta la propria candidatura come rappresentante dei titolari di assegni di ricerca in seno al Consiglio di Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali.

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

Data _____

Firma

_____