

**ELEZIONI DELLE RAPPRENTANZE DEGLI STUDENTI DEL
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE INTERNISTICHE
ANESTESIOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI**

TRIENNIO ACCADEMICO 2024/2027

**da inviare a mezzo e-mail: marialaura.pittalis@uniroma1.it e
dipsciac@cert.uniroma1.it**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NAT ___ A _____ IL _____

TEL. _____ E-MAIL _____

PRESENTA LA PROPRIA CANDIDATURA

PER LE ELEZIONI DELLE RAPPRESENTANZE DEGLI STUDENTI, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 9 comma 1
DEL VIGENTE REGOLAMENTO DI DIPARTIMENTO

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non
veritiere, sotto la propria responsabilità:**

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti previsti dell'art. 32 comma 2 lett. c dello Statuto dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
2. di essere in possesso del requisito di eleggibilità, alla data d'indizione delle elezioni;

_____, lì _____

Firma
