



Università di Foggia

**ELEZIONE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE  
PER IL QUADRIENNIO 2024-2028**

**MODULO PER IL RITIRO DELLA CANDIDATURA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

professore ordinario presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

**RITIRA LA PROPRIA CANDIDATURA**

per l'**elezione del Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche**  
dell'Università degli Studi di Foggia, per il quadriennio 2024-2028.

Si allega al presente modulo copia fotostatica del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_