



Università di Foggia

**ELEZIONE DEL PRESIDE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA  
TRIENNIO 2024-2027  
MODULO PER IL RITIRO DELLA CANDIDATURA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

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

affidente al Dipartimento di \_\_\_\_\_

dell'Università degli Studi di Foggia, in qualità di professore ordinario di ruolo facente parte del Consiglio della Facoltà di Medicina,

**RITIRA LA PROPRIA CANDIDATURA**

per l'elezione del Preside della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Foggia, per il triennio 2024-2027.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_