



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 _____