



Università di Foggia

**INDIVIDUAZIONE DI UN PROFESSORE DI RUOLO O RICERCATORE A TEMPO
INDETERMINATO QUALE COMPONENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA, IN RAPPRESENTANZA DELL'AREA
DIDATTICO-SCIENTIFICO-CULTURALE MEDICA,
PER IL QUADRIENNIO 2026-2030**

MODULO PER IL RITIRO DELLA CANDIDATURA

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita ____/____/____

Indirizzo e-mail _____

Ruolo _____
(professore ordinario/professore associato/ricercatore a tempo indeterminato)

Dipartimento di afferenza _____

RITIRA LA PROPRIA CANDIDATURA

relativamente all'individuazione **di un professore di ruolo o ricercatore a tempo indeterminato quale componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Foggia, in rappresentanza dell'area didattico-scientifico-culturale Medica, per il quadriennio 2026-2030.**

Si allega al presente modulo copia fotostatica del documento di identità

Data _____

Firma _____