

ANNEXE 1

RENOUVELLEMENT DU CONSEIL DE L'UFR SANTE

COLLÈGE des Praticiens Hospitaliers
SCRUTIN DU VENDREDI 25 SEPTEMBRE 2020

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ELECTORALES OU DE RECTIFICATION

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

Téléphone domicile : Portable :

E-mail :

Collège des Praticiens hospitaliers

Statut :

Service : **Site** :

***DEMANDE A ETRE INSCRIT(E) SUR LES LISTES ELECTORALES POUR LES ELECTIONS AU
CONSEIL DE L'UFR SANTE***

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Lieu, date : et signature :

DECISION DU DOYEN

IMPORTANT

POUR ETRE VALABLE, CETTE DECLARATION DOIT IMPERATIVEMENT ETRE ACCOMPAGNEE DE :
* LA PHOTOCOPIE DE LA *Pièce d'identité en cours de validité*

Cadre réservé à l'administration

Date et heure de réception de la demande : Reçu le / /2020 à h par