

ANNEXE 2 b

Demande d'inscription sur les listes électorales de l'UFR Médecine

FORMULAIRE à remplir par les **praticiens et chargés d'enseignement (P)**

1 Je soussigné.e : ☐ M. ☐ Mme NOM : *

NOM D'USAGE ou NOM MARITAL : *

PRENOM : *

Date de naissance : * CORPS ou FONCTION : *

TELEPHONE : COURRIEL : *

ETABLISSEMENT* :

**Mentions obligatoires*

Certifie intervenir en soutien ou en support des activités de l'UFR Médecine

2 Demande mon inscription sur les listes électorales des praticiens hospitaliers et chargés d'enseignement de l'UFR Médecine

Fait à Le : Signature :

Demande à renvoyer impérativement dûment complétée et signée :

Par mail (**scannée après signature**) à : isabelle.callea@univ-cotedazur.fr et yann.bywalski@univ-cotedazur.fr

La date limite de réception des demandes d'inscription est fixée au jeudi 7 novembre 2024 à 17h, délai de rigueur