

ANNEXE 2

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

Je soussignée(e) : ☐ M. ☐ Mme : NOM :

NOM D'USAGE ou NOM MARITAL :

PRENOM :

Date de naissance :

TELEPHONE :

COURRIEL (adresse institutionnelle impérativement) :

COMPOSANTE FREQUENTEE :

Pour les personnels :

FONCTION :

Pour les étudiants

NIVEAU D'ETUDES :

FORMATION SUIVIE :

Ou DIPLÔME PREPARE :

**Demande mon inscription sur les listes électorales de l'UFR MEDECINE
au sein du collège**

Fait à

Le :

Signature :

Demande à renvoyer impérativement dûment complétée et signée :

Par mail (scannée après signature) : : medecine.direction@univ-cotedazur.fr et laurence.nelis@univ-cotedazur.fr

La date limite de réception des demandes d'inscription est fixée au jeudi 5 février 2026 à 17 H, délai de rigueur