

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ELECTORALES DES ETUDIANT.E.S

Je soussignée(e) : ☐ M. ☐ Mme : NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

COURRIEL UNIVERSITAIRE :

ETABLISSEMENT FREQUENTE :

DISCIPLINE :

NIVEAU D'ETUDES :

FORMATION SUIVIE :

ou

DIPLÔME PREPARE :

AUDITEUR LIBRE : ☐ OUI ☐ NON

Demande mon inscription sur les listes électorales du Conseil de l'UFR Médecine

Fait à

Le :

Signature :

Demande à renvoyer impérativement dûment complétée et signée :

Par mail (scannée après signature) : isabelle.callea@univ-cotedazur.fr

Pour les auditeurs, la date limite de réception des demandes d'inscription est fixée au jeudi 11 avril 2024