MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

CANDIDATURE A L'ELECTION AU CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES POUR LES DISCIPLINES MEDICALES ET ODONTOLOGIQUES

SECTION : |__|__| SOUS-SECTION : |__|__| COLLEGE : |__|

intitulé de la sous-section :……

……...

Civilité : madame : ☐ ; mademoiselle : ☐ ; monsieur : ☐ ;

Nom de naissance :……...Prénom :..……

Nom d'usage (ou marital) :……..……..

Date de naissance : |__|__||__|__||__|__|__|__|

Grade :……...

Etablissement :……..

……..

Adresse administrative :

UFR ou service hospitalier :…….

……..……..

……..

Rue :……..N°:……..

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune :……...

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Télécopie: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse électronique :……..

Adresse personnelle :

Rue :…….N°:……..

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune :…….

Téléphone: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Télécopie: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse électronique :……..

En cas d'élection, indiquer l'adresse où vous souhaitez recevoir tout document (cochez la case correspondant à votre choix) :

☐ Adresse administrative ☐ Adresse personnelle

Fait à :…….…….le |__|__||__|__||__|__|__|__|

Signature :