

STUDENCKA KOMISJA WYBORCZA

UNIwersytet Medyczny IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Popieram kandydaturę Pani/Pana:.....
(imię i nazwisko)

z wydziału..... kierunku..... roku..... grupy.....
w wyborach do Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego UM w Poznaniu.

Uzupełnić drukowanymi literami. Skreślenia mogą być podstawą do unieważnienia zgłoszenia.

Zgodnie z Regulaminem Samorządu Studenckiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wymagane jest co najmniej 20 podpisów.

Lp.	Imię	Nazwisko	Nr indeksu	Kierunek	Rok	Grupa	Podpis
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Studencką Komisję Wyborczą przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w celu przeprowadzenia wyborów do Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego, zgodnie z Polityką prywatności Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (<https://www.ump.edu.pl/polityka-prywatnosci>).

Wyrażam zgodę na publikację mojego imienia i nazwiska na stronie internetowej Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Podpis kandydata

+48 _____ (tel. kontaktowy kandydata)

_____ (e-mail kandydata)