

ANNEXE 2

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

FORMULAIRE à remplir par les ETUDIANT.E.S

Je soussignée(e) : ☐ M. ☐ Mme : NOM : *

NOM D'USAGE ou NOM MARITAL : *

PRENOM : *

Date de naissance : *

TELEPHONE :

COURRIEL (adresse institutionnelle impérativement) : *

COMPOSANTE FREQUENTEE : *

DISCIPLINE : *

NIVEAU D'ETUDES : *

FORMATION SUIVIE : *

ou

DIPLÔME PREPARE : *

**Mentions obligatoires*

**Demande mon inscription sur les listes électorales de l'UFR ODONTOLOGIE
au sein du collège des étudiant.e.s.**

Fait à

Le :

Signature :

Demande à renvoyer impérativement dûment complétée et signée :

Par mail (scannée après signature) : odontologie.election-usagers@univ-cotedazur.fr

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