

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko Zgłaszającego (pełnomocnika)

.....
nazwa jednostki

.....
kod jednostki

**Zgłoszenie przedstawiciela nauczycieli akademickich
do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM**

Zgłaszam kandydaturę (*w tym swoją*)

tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko Kandydata

.....
Jednostka organizacyjna

do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM

.....
Podpis pełnomocnika

Przedstawiciele społeczności akademickiej popierający kandydaturę (tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko):

1.

2.

3.

4.

5.

Załącznik nr 1 do Harmonogramu wyborów przedstawicieli nauczycieli akademickich do Rady
Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

6.

7.

8.

.....