



ELECCIONES FACULTAD DE MEDICINA
RECLAMACIÓN AL CENSO PROVISIONAL

DATOS PERSONALES DEL ELECTOR

Apellidos		Nombre	
Doc. identidad			
Correo Electrónico		Teléfono	

PROCESO ELECTORAL OBJETO DE RECLAMACIÓN *(marcar lo que proceda)*

<input type="checkbox"/>	Junta de Facultad
<input type="checkbox"/>	Decana/o

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

--

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

--

Málaga,

Remitir por correo electrónico a la siguiente dirección: eleccionesmedicina@uma.es

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ELECTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA