



**CANDIDATURA A REPRESENTANTE DEL CONSEJO DE  
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA, ESTOMATOLOGÍA Y  
RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA**

**DATOS PERSONALES**

---

NOMBRE:

APELLIDOS:

D.N.I.:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

**GRUPO POR EL QUE SE PRESENTA (marque una opción)**

---

ALUMNOS DE GRADO (Señalad titulación y curso)

---

ALUMNOS DE MÁSTER UNIVERSITARIO (Señalad titulación)

---

ALUMNOS DE DOCTORADO (Señalad programa)

---

Murcia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

(Firma del interesado)

SR. PRESIDENTE DE LA JUNTA ELECTORAL