**Associação de Estudantes da**

**Escola Nacional de Saúde Pública da**

**Universidade NOVA de Lisboa**

**FORMULÁRIO DA COMISSÃO ELEITORAL DA LISTA CANDIDATA**

**COM A LETRA OU EXPRESSÃO** LETRA OU EXPRESSÃO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTO** | **NOME COMPLETO** | **CURSO** | **ANO** | **NÚMERO DE ESTUDANTE** | **RUBRICA** |
| **Efetivo** | NOME COMPLETO | CURSO | ANO | NÚMERO DE ESTUDANTE |  |
| **Suplente** | NOME COMPLETO | CURSO | ANO | NÚMERO DE ESTUDANTE |  |

Por serem verdade estas afirmações, dato e assino este formulário.

 ANO/MÊS/DIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(assinatura do presidente da lista candidata**

 **conforme documento de identificação)**