

ANNEXE 2 c

Demande d'inscription sur les listes électorales de l'EUR HEALTHY

FORMULAIRE à remplir par les personnels administratifs, techniques et de recherche d'un EPST, d'un établissement-composante ou d'un établissement-associé d'Université Côte d'Azur

1 Je soussigné.e : M. Mme NOM : *

NOM D'USAGE ou NOM MARITAL : *

PRENOM : *

Date de naissance : * CORPS ou FONCTION : *

TELEPHONE : COURRIEL : *

ETABLISSEMENT* :

**Mentions obligatoires*

2 Certifie intervenir en soutien ou en support des activités de l'EUR HEALTHY

2 Demande mon inscription sur les listes électorales des personnels administratifs, techniques et de service de l'EUR HEALTHY

Fait à Le : Signature :

3 Certifié exact par l'établissement employeur (EPST, établissement-composante ou associé),

Nom et fonction du signataire représentant l'établissement :

Date et signature :

Demande à renvoyer impérativement dûment complétée et signée :

Par mail (scannée après signature) à : eur-healthy.elections2024@univ-cotedazur.fr

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