MODELLO DI PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI 1

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI

* QUADRIENNIO 2023-2027 -

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL’ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI

* QUADRIENNIO 2023-2027 -

Il/La sottoscritt , iscritt\_ all’Ordine della professione sanitaria di fisioterapista di

COGNOME E NOME CODICE FISCALE INDIRIZZO PEC

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE DATA E LUOGO NASCITA

ESTREMI DOCUMENTO n. data

RICONOSCIMENTO rilasciato da

dichiara

* di essere presentatore della lista per il Consiglio direttivo / Collegio dei revisori, denominata

“ ”;

* che la lista elettorale ha come proprio simbolo l’allegato logo (formato jpg, tif, psd, bmp, psd.);
* di conoscere il Regolamento elettorale e impegnarsi a rispettarne le norme anche in riferimento alla denominazione della lista e caratteristiche del logo (art. 7 regolamento elettorale);
* di allegare la seguente documentazione:

1. n. ( ) accettazioni di candidature alla carica di componente del Consiglio direttivo / Collegio dei revisori, con i relativi documenti di identità;
2. n. ( ) sottoscrizioni di appoggio alla lista, con i relativi documenti di identità dei sottoscrittori;

d) elenco dei candidati;

1. documento di identità del presentatore della lista;
2. eventuale logo.

Data

FIRMA

MODELLO ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA2

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI

* QUADRIENNIO 2023-2027 -

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL’ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI

* QUADRIENNIO 2023-2027 -

Il/La sottoscritt\_ COGNOME E NOME

CODICE FISCALE INDIRIZZO PEC

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE DATA E LUOGO NASCITA

ESTREMI DOCUMENTO n. data

RICONOSCIMENTO rilasciato da

dichiara di:

* essere iscritto/a all’Ordine della professione sanitaria di

;

* candidarsi alla carica di componente del Consiglio Direttivo / Collegio dei revisori nella lista denominata “ ”;
* conoscere il Regolamento elettorale e impegnarsi a rispettarne le norme.

Data

FIRMA DEL CANDIDATO/A

Si allega alla presente il documento di identità del candidato.

MODELLO PER LA RACCOLTA DELLE SOTTOSCRIZIONI PER LISTA

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI3

I sottoscritti,

| COGNOME E NOME | CODICE FISCALE | FIRMA |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

iscritti all’Ordine dichiarano di sottoscrivere la lista dei candidati denominata

“ ” per l’elezione del Consiglio Direttivo / Collegio dei Revisori dell’Ordine della professione sanitaria

di , formata dai seguenti candidati

| COGNOME E NOME | CODICE FISCALE |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ELENCO DEI CANDIDATI

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI

* + QUADRIENNIO 2023-2027 -

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL’ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI

* + QUADRIENNIO 2023-2027 -

La lista denominata “ ”, per l’elezione del Consiglio direttivo / Collegio dei revisori, per l’Ordine della professione sanitaria di

, è così formata4:

| COGNOME E NOME | CODICE FISCALE |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data

FIRMA DEL PRESENTATORE