

MODELLO DI PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI ¹

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE
SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELLA PROVINCIA DI COSENZA
- QUADRIENNIO 2023-2027 -

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE
SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELLA PROVINCIA DI COSENZA
- 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:
 - a) n. ____ (_____) accettazioni di candidature alla carica di componente del Consiglio direttivo / Collegio dei revisori, con i relativi documenti di identità;
 - b) n. ____ (_____) sottoscrizioni di appoggio alla lista, con i relativi documenti di identità dei sottoscrittori;
 - d) elenco dei candidati;
 - c) documento di identità del presentatore della lista;
 - d) eventuale logo.

Data _____

FIRMA

¹ Datrasmettersiviapecallapecdell'Ordine.

MODELLO ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA²

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE
SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELLA PROVINCIA DI COSENZA
- QUADRIENNIO 2023-2027 -

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE
SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELLA PROVINCIA DI COSENZA
- 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.

² Dafarcompletareesottoscriveredaciascuncandidato,indicandol'organoperilqualeciscandida.

