

**MODELLO DI PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI <sup>1</sup>**

**ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA  
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI PARMA E PIACENZA  
- QUADRIENNIO 2023-2027 -**

**ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA  
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI PARMA E PIACENZA  
- QUADRIENNIO 2023-2027 -**

Il/La sottoscritt\_ , iscritt\_ all'Ordine interprovinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di  
Parma e Piacenza

COGNOME E NOME .....

DATA E LUOGO NASCITA .....

CODICE FISCALE .....

INDIRIZZO PEC .....

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE .....

ESTREMI DOCUMENTO RICONOSCIMENTO n. ....

rilasciato da ..... in data .....

**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**

<sup>1</sup> Da trasmettersi via pec alla pec dell'Ordine.

**MODELLO ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA <sup>1</sup>**

**ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA  
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI PARMA E PIACENZA  
- QUADRIENNIO 2023-2027 -**

**ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA  
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI PARMA E PIACENZA  
- QUADRIENNIO 2023-2027 -**

Il/La sottoscritt\_

COGNOME E NOME .....

DATA E LUOGO NASCITA .....

CODICE FISCALE .....

INDIRIZZO PEC .....

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE .....

ESTREMI DOCUMENTO RICONOSCIMENTO n. ....

rilasciato da ..... in data .....

**DICHIARA**

- di essere iscritto/a all'Ordine interprovinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Parma e Piacenza;

- di candidarsi alla carica di componente del Consiglio Direttivo / Collegio dei revisori nella lista denominata ".....";

-di 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.

<sup>1</sup> Da far completare e sottoscrivere da ciascun candidato, indicando l'organo per il quale ci si candida.



