



**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 _____

DATA E LUOGO NASCITA _____ N° ISCRIZIONE ORDINE _____

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 Da trasmettersi via pec alla pec dell'Ordine.



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_ iscritt_ all'Ordine della professione sanitaria di fisioterapista di

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO PEC _____

DATA E LUOGO NASCITA _____ N° ISCRIZIONE ORDINE _____

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



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	FIRMA

³ Il numero delle sottoscrizioni è pari al numero dei componenti da eleggere per ciascun organo, come indicato nell'avviso di convocazione. Possono essere presentati più modelli di sottoscrittori.



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	FIRMA

Data

FIRMA DEL PRESENTATORE

⁴ Il numero massimo dei componenti da indicare nella lista per ciascun Consiglio direttivo / Collegio dei revisori è indicato nell'avviso di convocazione.