

Modello di dichiarazione e presentazione di candidature singola alla carica elettiva di componenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale, provinciale e interprovinciale di

Facsimile candidatura singola

Contrassegno della lista del candidato
--

ELEZIONE DIRETTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI.....

**PRESENTAZIONE DELLA LISTA
DEL CANDIDATO ALLA ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
DELL'ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI.....**

Sottoscrittore della candidatura recante il contrassegno N.....per l'elezione diretta del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale, provinciale, interprovinciale di

La candidatura sottototata è collegata all'elezione dei componenti del Consiglio Direttivo che avrà luogo nei giorni indicati nella nota di convocazione dell'Assemblea Elettiva.

CANDIDATO ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI.....

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	DOC. IDENTITA'	FIRMA
1.....		

(nota n. 1) Si richiama l'attenzione sulla legge 23 novembre 2012, n. 215, concernente le rappresentanze di genere nella formazione delle liste dei candidati degli organi elettivi, all'art. 1 del Decreto del Ministero salute 15 marzo 2018 e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. Lgt. CpS 233/1946, come modificato dall'art. 4, comma 1, della legge 3/2018.

SOTTOSCRITTORI DELLA CANDIDATURA SINGOLA PER CONSIGLIO DIRETTIVO

Il sottoscritto elettore è informato, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196(Codice in materia di protezione dei dati personali), che il promotore della sottoscrizione è..... con sede.....

E', altresì, altresì, informati che i dati compresi nella presente dichiarazione saranno utilizzati per le sole finalità previste dal Decreto Ministero salute del 15.3.2018 recante procedure elettorali per il rinnovo degli Organi delle professioni sanitarie, e secondo modalità a ciò strettamente collegate. I dati saranno comunicati all'Ordine regionale, provinciale o interprovinciale delle Ostetriche di presso il quale si svolgeranno le procedure elettorali per il rinnovo degli Organi Direttivi per il quadriennio 2025-2028

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

nelle liste elettorali		
------------------------	--	--

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita

Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche diiscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore
---	---	---------------------------------

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Ostetriche di iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

iscrizione nelle liste elettorali

La firma qui apposta vale come consenso a norma degli articoli 23 e 26 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ai soli fini sopraindicati.

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE

A norma dell'articolo 21, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, certifico vere e autentiche le firme apposte, in mia presenza, degli elettori sopra indicati (n.) da me identificati con il documento segnato a margine di ciascuno

.....addì.....20...

**TIMBRO
DELL'ORDINE**

.....addì.....20...

.....
**Firma leggibile (nome e cognome per esteso e qualifica
del Presidente che procede all'autenticazione)**