

MODELLO ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE  
SANITARIA DI BRESCIA MANTOVA

- QUADRIENNIO 2023-2027 -

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE  
SANITARIA DI BRESCIA MANTOVA

- 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 Brescia e Mantova ;

- 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.