

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

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: \_\_\_\_\_

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE: \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO NASCITA: \_\_\_\_\_

ESTREMI DOCUMENTO RICONOSCIMENTO: n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

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;

e) documento di identità del presentatore della lista;

f) eventuale logo.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

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

### MODELLO DI ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA<sup>2</sup>

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 \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PEC: \_\_\_\_\_

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE: \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO NASCITA: \_\_\_\_\_

ESTREMI DOCUMENTO RICONOSCIMENTO: n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

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.

<sup>2</sup> Da far completare e sottoscrivere da ciascun candidato, indicando l'organo per il quale ci si candida.

### MODELLO PER LA RACCOLTA DELLE SOTTOSCRIZIONI PER LA LISTA

#### ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI <sup>3</sup>

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

<sup>3</sup> Il numero delle sottoscrizioni è pari al numero dei componenti da eleggere per ciascun organo, come indicato nell'avviso di convocazione. Possono essere allegati 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 formata<sup>4</sup>:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

Data

FIRMA DEL PRESENTATORE

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