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\_

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

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

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

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

 DATA E LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTREMI DOCUMENTO n. data

RICONOSCIMENTO rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara di:**

* 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:
1. n. ( ) accettazioni di candidature alla carica di componente del Consiglio direttivo / Collegio dei revisori, con i relativi documenti di identità;
2. n. ( ) sottoscrizioni di appoggio alla lista, con i relativi documenti di identità dei sottoscrittori;

d) elenco dei candidati;

1. documento di identità del presentatore della lista;
2. eventuale logo.

[**www.fnofi.it/ofi-marche/**](http://www.fnofi.it/ofi-marche/)

**marche.ofi@pec.fnofi.it**

**marche.ofi@fnofi.it**

**Sede Legale:**

**Via L. Ruggeri 3/I 60131 Ancona**

**C.F. 93168540420**

DATA

 FIRMA

**Ordine Regionale della professione sanitaria di Fisioterapista delle MARCHE**

1 Da trasmettere 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\_ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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

**Ordine Regionale della professione sanitaria di Fisioterapista delle MARCHE**

**Sede Legale:**

**Via L. Ruggeri 3/I 60131 Ancona**

**C.F. 93168540420**

[**www.fnofi.it/ofi-marche/**](http://www.fnofi.it/ofi-marche/)

**marche.ofi@pec.fnofi.it**

**marche.ofi@fnofi.it**

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

[**www.fnofi.it/ofi-marche/**](http://www.fnofi.it/ofi-marche/)

**marche.ofi@pec.fnofi.it**

**marche.ofi@fnofi.it**

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.

**Ordine Regionale della professione sanitaria di Fisioterapista delle MARCHE**

**Sede Legale:**

**Via L. Ruggeri 3/I 60131 Ancona**

**C.F. 93168540420**

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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.

[**www.fnofi.it/ofi-marche/**](http://www.fnofi.it/ofi-marche/)

**marche.ofi@pec.fnofi.it**

**marche.ofi@fnofi.it**

**Ordine Regionale della professione sanitaria di Fisioterapista delle MARCHE**

**Sede Legale:**

**Via L. Ruggeri 3/I 60131 Ancona**

**C.F. 93168540420**