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

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

[**marche.ofi@pec.fnofi.it**](mailto:marche.ofi@pec.fnofi.it)

[**marche.ofi@fnofi.it**](mailto:marche.ofi@fnofi.it)

MODELLO DI PRESENTAZIONE CANDIDATURA INDIVIDUALE

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;

- conoscere il Regolamento elettorale e impegnarsi a rispettarne le previsioni.

Allega alla presente: - elenco di n \_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) firme dei sottoscrittori, con i relativi documenti di identità;

- documento di identità del candidato/a. Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

**Sede Legale:**

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

**C.F. 93168540420**

1 Da trasmettersi via pec alla pec dell’Ordine

2 Indicare a quale dei due organi ci si candida; in caso di doppia candidatura, vanno presentati due distinti modelli.

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

[**marche.ofi@pec.fnofi.it**](mailto:marche.ofi@pec.fnofi.it)

[**marche.ofi@fnofi.it**](mailto:marche.ofi@fnofi.it)

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI 3

I sottoscritti, iscritti all’Ordine della professione sanitaria di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Codice Fiscale | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

dichiarano di sottoscrivere la candidatura di

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Codice Fiscale | Firma |
|  |  |  |

alla carica di componente del Consiglio direttivo / Collegio dei revisori 4per l’elezione degli organi dell’Ordine della professione sanitaria di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - quadriennio 2023-2027.

3 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.

4 Indicare a quale dei due organi ci si candida; in caso di doppia candidatura, vanno presentati due distinti modelli

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

**Sede Legale:**

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

**C.F. 93168540420**