

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
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.

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