



### 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 n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

RICONOSCIMENTO 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;

c) elenco dei candidati;

d) documento di identità del presentatore della lista;

e) eventuale logo.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

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



MODELLO 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 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.

<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 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 presentati più modelli di sottoscrittori.

