

MODELLO DI PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

- QUADRIENNIO 2023-2027 -

Il/La sottoscritt___, iscritto/a all'Ordine della professione sanitaria di fisioterapista di Sassari e nord est Sardegna

COGNOME E NOME_____

CODICE FISCALE_____

INDIRIZZO PEC_____

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE_____

DATA E LUOGO NASCITA_____

DOCUMENTO RICONOSCIMENTO_____

n. _____ data _____

rilasciato da _____

dichiara

- di essere presentatore della lista per il Consiglio direttivo DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

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 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;

c) documento di identità del presentatore della lista;

d) eventuale logo.

Data _____

_FIRMA_____

Da trasmettersi via pec alla pec dell'Ordine di Sassari e del nord est Sardegna(sassari.ofi@pec.fnofi.it)

MODELLO DI PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

- QUADRIENNIO 2023-2027 -

Il/La sottoscritt __, iscritto/a all'Ordine della professione sanitaria di fisioterapista di Sassari e nord est Sardegna

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO PEC _____

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE _____

DATA E LUOGO NASCITA _____

DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____

n. _____ data _____

rilasciato da _____

dichiara

- di essere presentatore della lista per il Collegio dei Revisori DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

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 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;

c) documento di identità del presentatore della lista;

d) eventuale logo.

Data _____

_FIRMA_____

Da trasmettersi via pec alla pec dell'Ordine di Sassari e del nord est Sardegna (sassari.ofi@pec.fnofi.it)

MODELLO DI ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI
FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

il/La Sottoscritto/a

COGNOME E NOME _____

NATO/A A: _____ IL _____

CODICE FISCALE-----

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____

RILASCIATO DA _____ IL _____

INDIRIZZO PEC _____

ISCRITTO AL N°-----DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI
SASSARI E NORD EST SARDEGNA

DICHIARA:

DI CANDIDARSI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO-DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

Di conoscere il regolamento e di rispettarne le norme

Data _____ firma _____

IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL CANDIDATO DEVE ESSERE ALLEGATO AL PRESENTE MODELLO DI
ACCETTAZIONE DELLA CANDIDATURA.

MODELLO DI ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

il/La Sottoscritto/a

COGNOME E NOME _____

NATO/A A: _____ IL _____

CODICE FISCALE-----

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____

RILASCIATO DA _____ IL _____

INDIRIZZO PEC _____

ISCRITTO AL N°-----DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

DICHIARA:

DI CANDIDARSI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI -DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

Di conoscere il regolamento e di rispettarne le norme

Data _____ firma _____

IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL CANDIDATO DEVE ESSERE ALLEGATO AL PRESENTE MODELLO DI ACCETTAZIONE DELLA CANDIDATURA.

ELENCO CANDIDATI

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

La lista denominata: “-

”

per l'elezione del consiglio direttivo dell'ordine interprovinciale della professione sanitaria di fisioterapista di Sassari e del nord est Sardegna, è così formata:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

DATA _____ FIRMA DEL PRESENTATORE _____

ELENCO CANDIDATI

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

La lista denominata: “-

”

per l'elezione del collegio dei revisori dell'ordine interprovinciale della professione sanitaria di fisioterapista di Sassari e del nord est Sardegna, è così formata

:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

MODELLO PER LA RACCOLTA DELLE SOTTOSCRIZIONI PER LA LISTA CANDIDATA ALL'ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI

I Sottoscritti:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

ISCRITTI ALL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

dichiarano di sottoscrivere la lista denominata: _____

per l'elezione del consiglio direttivo :

ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

formata dai seguenti candidati:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

Il numero dei sottoscrittori deve essere almeno pari al numero dei componenti da eleggere. possono essere allegati più moduli per i sottoscrittori.

MODELLO PER LA RACCOLTA DELLE SOTTOSCRIZIONI PER LA LISTA CANDIDATA ALL'ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI

I sottoscritti:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

ISCRITTI ALL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

dichiarano di sottoscrivere la lista denominata: _____

per l'elezione del Collegio dei Revisori :

ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SASSARI E NORD EST SARDEGNA

Formata dai seguenti candidati:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE