

MODELLO DI PRESENTAZIONE CANDIDATURA DI LISTA¹

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE REGIONALE DELLA
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELL'UMBRIA
QUADRIENNIO 2023-2027

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE REGIONALE DELLA
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELL'UMBRIA
QUADRIENNIO 2023-2027

Il/La sottoscritt_, iscritt_ all'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista dell'Umbria

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO PEC _____

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE _____

DATA E LUOGO NASCITA _____

ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: tipo: _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

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

1. Da trasmettersi via pec alla pec dell'Ordine: umbria.ofi@pec.fnofi.it

MODELLO ACCETTAZIONE CANDIDATURA PER CIASCUN CANDIDATO DI LISTA²

ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE REGIONALE DELLA
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELL'UMBRIA
QUADRIENNIO 2023-2027

ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DELL'ORDINE REGIONALE DELLA
PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELL'UMBRIA
QUADRIENNIO 2023-2027

Il/La sottoscritt_

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO PEC _____

NUMERO ISCRIZIONE ORDINE _____

DATA E LUOGO NASCITA _____

ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: tipo: _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

dichiara di:

- essere iscritto/a all'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista dell'Umbria;
- 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.

MODELLO PER LA RACCOLTA DELLE SOTTOSCRIZIONI PER LISTA

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI³

I sottoscritti,

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

iscritti all'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista dell'Umbria dichiarano di sottoscrivere la lista dei candidati denominata

“ _____ ”

per l'elezione del Consiglio Direttivo / Collegio dei Revisori dell'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista dell'Umbria, formata dai seguenti candidati

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

Continua alla pagina seguente

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

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

