

Modello di dichiarazione e presentazione di candidature alla carica elettiva di componenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo
Facsimile di una lista di candidati

Contrassegno della
lista di candidati

ELEZIONE DIRETTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E COLLEGIO REVISORI DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO

PRESENTAZIONE DELLA LISTA

DEI CANDIDATI ALLA ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO

Elenco n.....dei sottoscrittori della lista recante il contrassegnoe la denominazione..... per l'elezione diretta del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale, provinciale, interprovinciale di

La lista dei sottonotati è collegata con la candidatura a componente del Consiglio Direttivo e del Collegio dei revisori che avrà luogo nei giorni indicati nella nota di convocazione dell'Assemblea Elettiva.

CANDIDATI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	DOCUMENTO DI IDENTITA	FIRME
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		
11.....		
12.....		
13.....		
14.....		
15.....		

**CANDIDATI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL COLLEGIO REVISORI
DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO**

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	DOC. IDENTITA'	FIRME
1.....		
2.....		
3.....		

Si richiama l'attenzione sulla legge 23 novembre 2012, n. 215, concernente le rappresentanze di genere nella formazione delle liste dei candidati degli organi elettivi e come indicato dall'art. 1 del DM 15 marzo 2018 e dall'art. 2, comma 2, del D.Lgs.Lgt. CpS 233/1946 come modificato dall'art. 4 della Legge 3/2018.

**SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA PER I COMPONENTI DEL CONSIGLIO
DIRETTIVO**

I sottoscritti elettori sono informati, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), che il/i promotore/i della sottoscrizione è/sono..... con sede.....e che i loro dati identificativi saranno utilizzati esclusivamente ai fini delle procedure elettorali.

(2) indicate la denominazione della lista oppure il nome dell'ostetrica che promuove la sottoscrizione (c.d. Referente della Lista)

Sono, altresì, informati che i dati compresi nella presente dichiarazione saranno utilizzati per le sole finalità previste dal Decreto Ministero salute del 15.3.2018 recante procedure elettorali per il rinnovo degli Organi delle professioni sanitarie, e secondo modalità a ciò strettamente collegate. I dati saranno comunicati all'Ordine regionale, provinciale o interprovinciale delle Ostetriche di presso il quale si svolgeranno le procedure elettorali per il rinnovo degli Organi Direttivi per il quadriennio 2025-2028

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

Cognome e nome		Luogo e data di nascita
Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore

**SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA PER I COMPONENTI DEL COLLEGIO REVISORI
DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO**

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Collegio revisori dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Collegio revisori dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

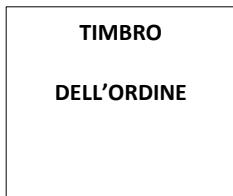
Cognome e nome		Luogo e data di nascita	
Collegio revisori dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali	Documento di identificazione	Firma del sottoscrittore	

La firma qui apposta vale come consenso a norma degli articoli 23 e 26 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ai soli fini sopraindicati.

AUTENTICAZIONE DELLE FIRME DEI SOTTOSCRITTORI

A norma dell'articolo 21, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, certifico vere e autentiche le firme, apposte in mia presenza, degli elettori sopra indicati (n.) da me identificati con il documento segnato a margine di ciascuno

.....addì.....20...



.....addì.....20...

.....

**Firma leggibile (nome e cognome per esteso e qualifica
del Presidente o suo delegato)**