

**ALL'ORDINE  
DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DI CA-NU-OR-SU**

Oggetto: **Presentazione delle candidature nell'ambito della lista a componente del Collegio dei Revisori dei Conti iscritti Albo Ordine della Professione di Ostetrica di Cagliari e delle Province di Nuoro, Oristano e Sud Sardegna**

**ASSEMBLEA ELETTORALE ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DI CAGLIARI  
E DELLE PROVINCE DI NUORO, ORISTANO E SUD SARDEGNA  
QUADRIENNIO 2025-2028**

**PRESENTAZIONE CANDIDATURE LISTA CONSIGLIO DIRETTIVO  
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

DENOMINAZIONE LISTA \_\_\_\_\_

PRESENTATORE DELLA LISTA \_\_\_\_\_ (*eventuale*)

	<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>	<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>	<b>FIRMA PER ADESIONE CANDIDATURA</b>	<b>DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL</b>
1					
2					

**CANDIDATURA NELL'AMBITO DELLA LISTA  
COMPONENTE SUPPLENTE  
(in stampatello)**

	<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>	<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>	<b>FIRMA PER ADESIONE CANDIDATURA</b>	<b>DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL</b>
1					

I candidati dichiarano di non aver presentato altra candidatura singola o nell'ambito di una lista per il medesimo organo.  
Si allegano i documenti di identità dei candidati *(solo in caso di invio tramite PEC)*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
*(Firma del candidato/presentatore)*

**SOTTOSCRITTORI** (almeno 3 elettori)

**CANDIDATURE NELL'AMBITO DELLA LISTA  
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

**1. SOTTOSCRITTORE**

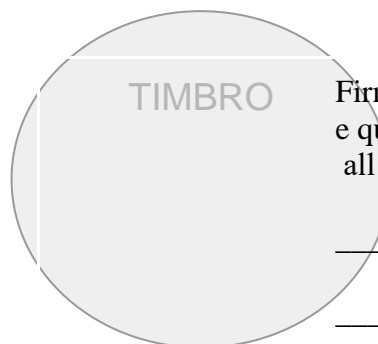
COGNOME	NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	FIRMA PER SOTTOSCRIZIONE CANDIDATURA LISTA	DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL

Dichiaro di non aver sottoscritto per l'elezione del medesimo organo altra candidatura singola o nell'ambito di una lista;  
Dichiaro, altresì, di avere preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, "GDPR" e D.lgs. 196/2003 e s.m.i. "Codice Privacy").

**AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA**

A norma dell'articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, certifico vera e autentica la firma, apposta in mia presenza, dal sottoscrittore sopra indicato, da me identificato con il documento segnato a margine.

Cagliari, addì \_\_\_\_\_ 2024



Firma Leggibile (*Nome e Cognome per Esteso*)  
e qualifica del Pubblico Ufficiale che procede  
all'autenticazione\*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Le firme devono essere autenticate di persona dal Presidente dell'Ordine o da un suo delegato ai sensi dell'art. 2, comma 2, DM Salute 15-03-2018.

## 2. SOTTOSCRITTORE

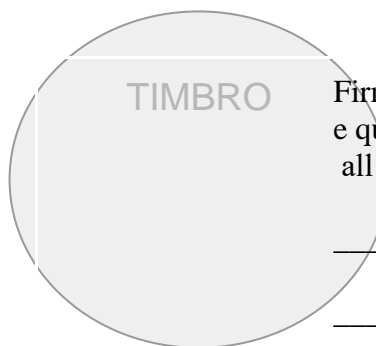
COGNOME	NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	FIRMA PER SOTTOSCRIZIONE CANDIDATURA LISTA	DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL

Dichiaro di non aver sottoscritto per l'elezione del medesimo organo altra candidatura singola o nell'ambito di una lista;  
Dichiaro, altresì, di avere preso visione della informativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, "GDPR" e D.lgs. 196/2003 e *ss.mm.ii.* "Codice Privacy").

### AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

A norma dell'articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, certifico vera e autentica la firma, apposta in mia presenza, dal sottoscrittore sopra indicato, da me identificato con il documento segnato a margine.

Cagliari, addì \_\_\_\_\_ 2024



Firma Leggibile (*Nome e Cognome per Esteso*)  
e qualifica del Pubblico Ufficiale che procede  
all'autenticazione\*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* *Le firme devono essere autenticate di persona dal Presidente dell'Ordine o da un suo delegato ai sensi dell'art. 2, comma 2, DM Salute 15-03-2018*

### 3. SOTTOSCRITTORE

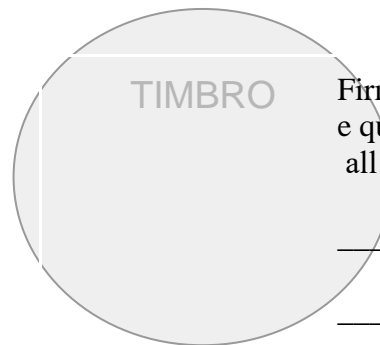
COGNOME	NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	FIRMA PER SOTTOSCRIZIONE CANDIDATURA LISTA	DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL

Dichiaro di non aver sottoscritto per l'elezione del medesimo organo altra candidatura singola o nell'ambito di una lista;  
Dichiaro, altresì, di avere preso visione della informativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, "GDPR" e D.lgs. 196/2003 e *ss.mm.ii.* "Codice Privacy").

#### AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

A norma dell'articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, certifico vera e autentica la firma, apposta in mia presenza, dal sottoscrittore sopra indicato, da me identificato con il documento segnato a margine.

Cagliari, addì \_\_\_\_\_ 2024



Firma Leggibile (*Nome e Cognome per Esteso*)  
e qualifica del Pubblico Ufficiale che procede  
all'autenticazione\*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Le firme devono essere autenticate di persona dal Presidente dell'Ordine o da un suo delegato ai sensi dell'art. 2, comma 2, DM Salute 15-03-2018