

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

Oggetto: **Presentazione della candidatura singola 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 CANDIDATURA SINGOLA COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
(compilare solo una delle tabelle – effettivo o supplente)

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

CANDIDATURA A COMPONENTE SUPPLENTE
(in stampatello)

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

Il candidato dichiara di non aver presentato altra candidatura singola o nell'ambito di una lista per il medesimo organo.
Si allega il documento di identità del candidato *(solo in caso di invio tramite PEC)*

_____,
(luogo)

_____,
(data)

(Firma del candidato)

SOTTOSCRITTORI *(almeno 3 elettori)*

CANDIDATURA SINGOLA A COMPONENTE *(effettivo o supplente)* _____ **(in stampatello)**

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

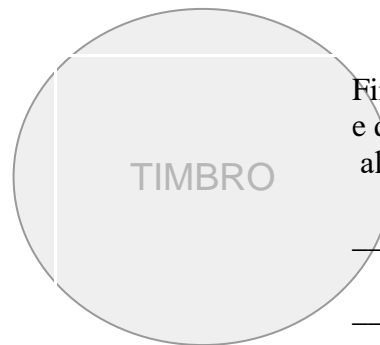
COGNOME	NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	FIRMA PER SOTTOSCRIZIONE CANDIDATURA LISTA	DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL

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

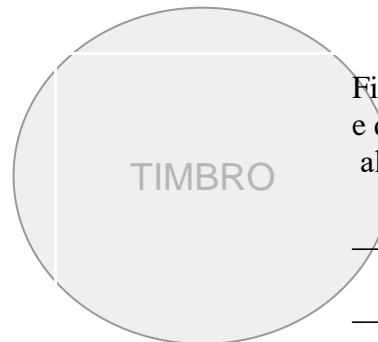
COGNOME	NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA	FIRMA PER SOTTOSCRIZIONE CANDIDATURA LISTA	DOCUMENTO D'IDENTITA' N./RILASCIATO DA/IL

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