|  |
| --- |
| PRESENTAZIONE CANDIDATURA in LISTA PER IL RINNOVO DEGLI ORGANI DELL’ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI CROTONE(da redigere a cura del Referente di Lista) |
| **ELENCO CANDIDATI DISTINTI PER ORGANO -****DENOMINAZIONE DELLA LISTA:**  | **(INSERIRE LOGO SE PRESENTE)** |
| **Referente di Lista:**Cognome Nome Data di Nascita Genere:  M  F n. di iscrizione all’albo Documento di Identità n. PEC @ Firma Leggibile  |
|  | **CONSIGLIO DIRETTIVO** |  |  |  |  |  |
|  | **COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE****ALBO** | **PEC** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N° DOCUMENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
|  | **COMMISSIONE ALBO INFERMIERI** |  |  |  |  |  |
|  | **COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE ALBO** | **PEC** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N° DOCUMENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **REVISORI DEI CONTI EFETTIVI****COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE ALBO** | **PEC** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N° DOCUMENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **REVISORI DEI CONTI SUPPLENTE** |  |  |  |  |  |
|  | **COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE ALBO** | **PEC** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N° DOCUMENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **FIRMATARI SOSTENITORI (almeno pari al numero dei componenti degli Organo dell’OPI di Crotone per il quale ci si candida):** |
|  | **CONSIGLIO DIRETTIVO** |  |  |  |  |
|  | **COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE****ALBO** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N. DOCUMENTO** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COMMISSIONE ALBO INFERMIERI** |  |  |  |  |
|  | **COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE****ALBO** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N. DOCUMENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  | **REVISORI DEI CONTI** |  |  |  |  |
|  | **COGNOME NOME E DATA DI NASCITA** | **GENERE** | **ISCRIZIONE****ALBO** | **FIRMA LEGGIBILE** | **N. DOCUMENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

NB: al fine di convalidare la presente candidatura, è necessario allegare copia fotostatica dei documenti di identità indicati da ciascun firmatario nel presente documento.