**Modello di dichiarazione e presentazione di candidature singola alla carica elettiva di componenti del Consiglio Direttivo dell’Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Verona**

**Facsimile candidatura singola**

**ELEZIONE DIRETTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E COLLEGIO REVISORI DELL’ORDINE PROVINCIALE DI VERONA**

**Contrassegno della lista di candidati**

**PRESENTAZIONE DELLA LISTA**

**DEL CANDIDATO ALLA ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETIVO**

**DELL’ORDINE PROVINCIALE DI VERONA**

**Sottoscrittore della candidatura recante il contrassegno N .……………per l’elezione diretta del Consiglio Direttivo dell’Ordine regionale, provinciale, interprovinciale di Verona.**

**La candidatura sottonotata è collegata all’elezione dei componenti del Consiglio Direttivo che avrà luogo nei giorni indicati nella nota di convocazione dell’Assemblea Elettiva.**

**CANDIDATO ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI VERONA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **DOC. IDENTITA’** | **FIRMA**  |
| **1………………………………..** | **………………………………………** |  |  |

**(Nota n. 1) 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, all’art. 1 del Decreto del Ministero salute 15 marzo 2018 e all’art. 2, comma 2, del D.Lgs. Lgt. CpS 233/1946, come modificato dall’art. 4, comma 1, della legge 3/2018.**

**SOTTOSCRITTORI DELLA CANDIDATURA SINGOLA PER CONSIGLIO DIRETTIVO**

Il sottoscritto elettore è informato, ai sensi dell’articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196(Codice in materia di protezione dei dati personali), che il promotore della sottoscrizione è ……………………… con sede …………………………………………………………………

E’, altresì, 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 Verona 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 delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

**SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA PER I COMPONENTI DEL COLLEGIO REVISORI DELL’ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI VERONA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di Verona 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.

**TIMBRO**

**DELL’ORDINE**

**Luogo e data ………………………………………**

**…………………………..…………………………………………………..**

**Firma leggibile (nome e cognome per esteso e qualifica**

 **del Presidente o suo delegato)**