

**PRESENTAZIONE DELLA LISTA DEL CANDIDATO ALLE ELEZIONI DEL CONSIGLIO
DIRETTIVO DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA INTERPROVINCIALE
DI NOVARA – VERBANIA CUSIO OSSOLA – BIELLA – VERCELLI**

La candidatura sottonotata è collegata a componente 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 DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA INTERPROVINCIALE DI
NOVARA – VERBANIA CUSIO OSSOLA – BIELLA – VERCELLI**

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

1) _____

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

1) **COGNOME E NOME**

LUOGO E DATA DI NASCITA

DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)

FIRMA CANDIDATO

(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 e come indicato dalla legge 3/2018.

SOTTOSCRITTORE 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 (2) con sede.....

E', altresì, informato che i dati compresi nella presente dichiarazione, di cui è facoltativo il riferimento, sarà utilizzato per le sole finalità previste dal testo unico 16 maggio 1960, n. 570 e s.m. e i., e dal decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e secondo modalità a ciò strettamente collegate. I dati saranno comunicati all'Ordine della Professione di ostetrica Interprovinciale di Novara – Verbano Cusio Ossola – Biella - Vercelli, presso il quale si svolgeranno le procedure elettorali per il rinnovo degli Organi Direttivi per il quadriennio 2021-2024.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
1) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____
2) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____
3) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____
4) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____
5) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____
6) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____
7) COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
_____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA SOTTOSCRITTORE
_____	_____

(2) indicate la denominazione della lista oppure i nomi delle ostetriche che promuovono la sottoscrizione.

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 DELLA FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE

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 2020

..... addì 2020

.....

Firma leggibile

(nome e cognome per esteso e qualifica del
pubblico ufficiale che procede autenticazione)