**Modello di dichiarazione, presentazione di candidature alla carica elettiva di componenti del Consiglio Direttivo e del Collegio dei revisori dell’Ordine regionale, provinciale e interprovinciale di ……………………**

**Facsimile di una lista di candidati**

**ELEZIONE DIRETTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E COLLEGIO REVISORI DELL’ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE,INTERPROVINCIALE DI…….**

**PRESENTAZIONE DELLA LISTA**

**DEI CANDIDATI ALLA ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETIVO**

**DELL’ORDINE REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI………..**

**Elenco n.……………… dei sottoscrittori della lista recante il contrassegno……………………………**

**per l’elezione diretta del Consiglio Direttivo dell’Ordine regionale, provinciale, interprovincialedi …………………**

**La lista dei sottonotati è collegata con la candidatura a componente del Consiglio Direttivo e del Collegio dei revisori che avrà luogo nei giorni indicati nella nota di convocazione dell’Assemblea Elettiva.**

**CANDIDATI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ORDINE … REGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** |
| **1………………………………..**  ***2………………………………..***  ***3………………………………..***  ***4………………………………..***  ***5………………………………..***  ***6………………………………..***  ***7………………………………..***  ***8………………………………..***  ***9………………………………..***  ***10………………………………..***  ***11………………………………..***  ***12………………………………..***  ***13………………………………..***  ***14………………………………..***  ***15………………………………..*** | **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..** |

**CANDIDATI ALLA CARICA DI COMPONENTE DEL COLLEGIO REVISORI DELL’ORDINEREGIONALE, PROVINCIALE, INTERPROVINCIALE DI………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** |
| **1………………………………..**  ***2………………………………..***  ***3………………………………..*** | **………………………………………………..**  **………………………………………………..**  **………………………………………………..** |

**(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 lettivi e come indicato dalla legge 3/2018.**

**SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA PER I COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO**

I sottoscritti elettori sono informati, ai sensi dell’articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che il/i promotore/i della sottoscrizione è/sono…………………………(2) con sede…………………………………………………………………

Sono, altresì, informati che i dati compresi nella presente dichiarazione, di cui è facoltativo il riferimento, saranno utilizzati 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 regionale, provinciale o interprovinciale delle Ostetriche di ……………… 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** | |
|  | |  | |
| **Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Ostetriche di ……… 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 ……. 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 ……. 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 …. 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 ………. 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 ………. 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 ………. 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 …... 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 …….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 ……. 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 ……. 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 ………. 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 ……. 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 ………. 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 ……. iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | | **Firma del sottoscrittore** |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | | **Luogo e data di nascita** | |
|  | |  | |
| **Collegio revisori dell’Ordine delle Ostetriche di ……………. iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | | **Luogo e data di nascita** | |
|  | |  | |
| **Collegio revisori dell’Ordine delle Ostetriche di ……………. iscrizione nelle liste elettorali** | **Documento di identificazione** | | **Firma del sottoscrittore** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | | **Luogo e data di nascita** | |
|  | |  | |
| **Collegio revisori dell’Ordine delle Ostetriche di ……………. 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

……………………………………addì………………………………………20…

**…………………addì………………………………………20…**

**…………………………..…………………………………………………..**

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

**del pubblico ufficiale che procede autenticazione)**