ELEZIONI OMCeO AGRIGENTO 2021/2024

**PRESENTAZIONE LISTA COMPONENTI COLLEGIO DEI REVISORI**

**LISTA DENOMINATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

CANDIDATI EFFETTIVI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **n. Iscr. Albo Medici Chirurghi/ Odontoiatri** | **Firma del Candidato**  **valida come accettazione candidatura** | **Documento di identificazione n./rilasciato da/il** | **Autentica Presidente o delegato** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

CANDIDATO SUPPLENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **n. Iscr. Albo Medici Chirurghi/ Odontoiatri** | **Firma del Candidato**  **valida come accettazione candidatura** | **Documento di identificazione n./rilasciato da/il** | **Autentica Presidente o delegato** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiarano di non aver presentato altra candidatura singola o nell’ambito di una lista per l’elezione dei componenti del Collegio dei Revisori

**AUTENTICAZIONE DELLE FIRME DI UNA LISTA DI CANDIDATI**

A norma dell’articolo 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, certifico vere e autentiche le firme, apposte in mia presenza, dai candidati sopra indicati (n. ......................... ), da me identificati con il documento segnato a margine di ciascuno.

....................... , addì ...................... 2020.

Il Presidente dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi

e degli Odontoiatri di Agrigento

Dott. Giovanni Vento

*Firma per esteso leggibile e timbro*

Il Delegato del Presidente dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Agrigento

Tesoriere Dott. Santo Pitruzzella

*Firma per esteso leggibile e timbro*

**ELENCO SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA**

DENOMINATA:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **N. Iscr. Albo Odontoiatri** | **Firma** | **N. Documento di identificazione n./rilasciato da/il** | **Autentica Presidente o delegato** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiarano di non aver sottoscritto per l’elezione dei componenti del Collegio dei Revisori dei Conti altra dichiarazione di presentazione di candidatura singola o nell’ambito di una lista.

AUTENTICAZIONE DELLE FIRME DEI SOTTOSCRITTORI

DELLA DICHIARAZIONE DI PRESENTAZIONE DI UNA LISTA DI CANDIDATI

A norma dell’articolo 21 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.

Il Presidente dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi

e degli Odontoiatri di Agrigento

Dott. Giovanni Vento

*Firma per esteso leggibile e timbro*

Il Delegato del Presidente dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Agrigento

Tesoriere Dott. Santo Pitruzzella

*Firma per esteso leggibile e timbro*