ELEZIONI OMCeO di AGRIGENTO 2021/2024

**PRESENTAZIONE LISTA CONSIGLIO DIRETTIVO:**

**COMPONENTI ISCRITTI ALL’ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

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

CANDIDATI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **n. Iscr. Albo Medici** | **Firma del Candidato**  **valida come accettazione candidatura** | **Documento di identificazine n./rilasciato da/il** | **Autentica Presidente o delegato** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiarano di non aver presentato altra candidatura singola o nell’ambito di una lista per l’elezione della componente medica del Consiglio Direttivo

**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 Medici** | **Firma** | **Documento di identificazione n./rilasciato da/il** | **Autentica Presidente o delegato** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiarano di non aver sottoscritto per l’elezione della componente medica del Consiglio Direttivo 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*