

PRESENTAZIONE SINGOLA CANDIDATURA

Organo: Consiglio Direttivo

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
1 _____	_____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare in copia)	FIRMA
_____	_____

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 promotore della sottoscrizione è (indicare la denominazione dell'Ostetrica che promuove la sottoscrizione)

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 della Professione di Ostetrica di Cagliari e delle Province di Nuoro, Oristano e Sud Sardegna, presso il quale si svolgeranno le procedure elettorali per il rinnovo degli Organi Direttivi per il quadriennio 2021-2024.

Firmatari sostenitori (in numero almeno pari al numero dei componenti dell'organo da eleggere per cui viene presentata la candidatura:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento d'identità (da allegare in copia)

Firma del sottoscrittore _____