

**Modello di dichiarazione e presentazione di candidature singola alla carica elettiva di componenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo**

**Facsimile candidatura singola**

Contrassegno della lista del candidato
---

**ELEZIONE DIRETTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO**

**PRESENTAZIONE DELLA LISTA  
DEL CANDIDATO ALLA ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO  
DELL'ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA  
DELL'ABRUZZO**

Sottoscrittore della candidatura recante il contrassegno N.....per l'elezione diretta del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale, provinciale, interprovinciale di .....

La candidatura sottonotata è collegata all'elezione dei componenti 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 REGIONALE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELL'ABRUZZO**

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>	<b>DOC. IDENTITA'</b>	<b>FIRMA</b>
1.....	.....		

(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, all'art. 1 del Decreto del Ministero salute 15 marzo 2018 e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. Lgt. CpS 233/1946, come modificato dall'art. 4, comma 1, della legge 3/2018.

## **SOTTOSCRITTORI 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..... con sede.....

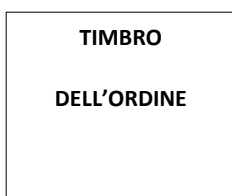
E', altresì, altresì, informati che i dati compresi nella presente dichiarazione saranno utilizzati per le sole finalità previste dal Decreto Ministero salute del 15.3.2018 recante procedure elettorali per il rinnovo degli Organi delle professioni sanitarie, e secondo modalità a ciò strettamente collegate. 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 2025-2028

<b>Cognome e nome</b>		<b>Luogo e data di nascita</b>	
<b>Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della Professione Ostetrica dell'Abruzzo iscrizione nelle liste elettorali</b>	<b>Documento di identificazione</b>	<b>Firma del sottoscrittore</b>	

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.....20...



.....addì.....20...

.....  
**Firma leggibile (nome e cognome per esteso e qualifica  
del Presidente che procede all'autenticazione)**