

ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ROMA**ELEZIONI RINNOVO CONSIGLIO DIRETTIVO****PRESENTAZIONE LISTA CONSIGLIO DIRETTIVO**

I sottoscritti, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 3/2018 e dal DM 15 marzo 2018, presentano formale candidatura alle elezioni del consiglio direttivo dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Roma la lista denominata:

La lista è composta dai seguenti candidati:

	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	N. iscrizione all'ordine
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

N.B. compilare in stampatello leggibile

SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA

I sottoscrittori, iscritti all'ordine dei farmacisti della provincia di Roma ed aventi diritto al voto, sono informati, ai sensi dell'art. 13 del D.Lg. vo. 30.06.2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) che il promotore della sottoscrizione è la dottoressa o il dottor _____ nato a _____ il _____.

I sottoscrittori sono altresì informati che i dati compresi nella presente dichiarazione, saranno utilizzati per le sole finalità indicate in premessa della presente sottoscrizione e saranno comunicati ai componenti del seggio elettorale per l'espletamento delle procedure elettorali.

1.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

2.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

3.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

4.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

5.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

6.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

7.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

8.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

9.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

10.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

11.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

12.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

13.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

14.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

15.

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI ISCRIZIONE
DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI SCADENZA DEL DOCUMENTO	FIRMA

Io sottoscritto dottor Emilio Croce, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ ovvero io sottoscritto dottor _____ delegato dal Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Roma

ATTESTO

che i suindicati colleghi identificati con i documenti, di cui si allega copia alla presente, hanno apposto la firma in mia presenza.

Luogo e Data

Timbro Amministrazione

Firma