**(Allegato A)**

|  |
| --- |
| **MODELLO PER LA CANDIDATURA ALL’INTERNO DI UNA LISTA**  **(al quale va allegato copia semplice di un documento di identità in corso di validità)**  Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  iscritto/a all’Albo provinciale dei   Medici chirurghi della provincia di Campobasso al n°\_\_\_\_\_\_\_   Odontoiatri della provincia di Campobasso al n°\_\_\_\_\_\_\_  -pone e accetta la propria candidatura nella lista denominata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * per il rinnovo della componente medica del Consiglio Direttivo   -pone e accetta la propria candidatura nella lista denominata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * per il rinnovo della Commissione Albo Odontoiatri   -pone e accetta la propria candidatura nella lista denominata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * per il rinnovo del Collegio dei Revisori dei Conti come componente * Effettivo * Supplente   Dichiara di non aver posto o accettato altre candidature singole o in altre liste di candidati |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **Firma digitale del dichiarante** |
|  | | |