(**Allegato B)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODELLO PER I SOTTOSCRITTORI DELLE LISTE O SINGOLE CANDIDATURE****(al quale va allegato copia semplice di un documento di identità in corso di validità)****Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)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°\_\_\_\_\_\_\_

**sottoscrive*** la lista denominata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**composta da:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* la singola candidatura del dott./dott.ssa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* per il rinnovo della componente medica del Consiglio Direttivo,
* per il rinnovo della Commissione Albo Odontoiatri
* per il rinnovo del Collegio dei Revisori dei Conti

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità, **DICHIARA**di non aver sottoscritto altre candidature singole o altre liste di candidati  |
| Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma digitale del dichiarante** |
|  |  |  |