(**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** | | | | |
|  |  |  |