 ELEZIONI OMCeO CAMPOBASSO 2025/2028

**PRESENTAZIONE CANDIDATURA SINGOLA**

**COMPONENTI COLLEGIO DEI REVISORI**

CANDIDATURA EFFETTIVA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **n. Iscr. Albo Medici/ Odontoiatri** | **Documento di identificazine n./rilasciato da/il** |
| **1** |  |  |  |  |  |

CANDIDATURA SUPPLENTE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **n. Iscr. Albo Medici/ Odontoiatri** | **Documento di identificazine n./rilasciato da/il**  |
| **1** |  |  |  |  |  |

Dichiara di non aver presentato altra candidatura singola, o nell’ambito di una lista, per l’elezione dei componenti del Collegio dei Revisori dei Conti

 **FIRMA DIGITALE del candidato**

 (valida come accettazione candidatura)

 Si allega copia semplice di un documento di identità in corso di validità

**ELENCO SOTTOSCRITTORI DELLA SINGOLA CANDIDATURA**

DOTT. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **n. Iscr. Albo Medici/ Odontoiatri** | **Documento di identificazione n./rilasciato da/il** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

**LE DICHIARAZIONI DEI SOTTOSCRITTORI (Allegato B) DEVONO ESSERE ALLEGATE SINGOLARMENTE AL PRESENTE DOCUMENTO**