 ELEZIONI OMCeO CAMPOBASSO 2025/2028

**PRESENTAZIONE LISTA COMPONENTI COLLEGIO DEI REVISORI**

**LISTA DENOMINATA: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

CANDIDATI EFFETTIVI

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

CANDIDATO SUPPLENTE

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

**LE CANDIDATURE (Allegato A) DEVONO ESSERE ALLEGATE SINGOLARMENTE AL PRESENTE DOCUMENTO**

**ELENCO SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA**

DENOMINATA:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**

 **FIRMA DIGITALE del rappresentante della lista**