## ELEZIONI RINNOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

## PRESENTAZIONE CANDIDATURA CONSIGLIO DIRETTIVO

Il sottoscritto, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 3/2018 e dal DM 15 marzo 2018, presenta formale candidatura alle elezioni del consiglio direttivo dell’Ordine dei farmacisti della provincia di Treviso per il quadriennio 2020 – 2024.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

N.B. compilare in stampatello leggibile

**SOTTOSCRITTORI DELLA CANDIDATURA**

I sottoscrittori sono informati che i dati compresi nella presente dichiarazione, saranno utilizzati per le sole finalità indicate in premessa della presente sottoscrizione e saranno comunicati ai componenti del seggio elettorale per l’espletamento delle procedure elettorali.

1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

5.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

6.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

7.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

8.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

9.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N° ISCRIZIONE |
|  |  |  |
| DOC. IDENTITA’ | DATA SCAD. DOCUMENTO | FIRMA |
|  |  |  |

Io sottoscritto dottor Giuseppe Losego, Presidente dell’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso

**ATTESTO**

che il suindicato collega identificato con il documento, di cui si allega copia alla presente, ha apposto la firma in mia presenza.

Treviso /09/2020