

ELEZIONI RINNOVO CONSIGLIO DIRETTIVO 2021-2024

PRESENTAZIONE LISTA CONSIGLIO DIRETTIVO E REVISORI DEI CONTI

I sottoscritti, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 3/2018 e dal DM 15 marzo 2018, presentano formale candidatura alle elezioni del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Isernia la lista denominata:

La lista è composta dai seguenti candidati per il **Consiglio Direttivo**:

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	N. Iscrizione
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

La lista è composta dai seguenti candidati per il Collegio **Revisori dei Conti**:

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	N. Iscrizione
1			
2			
3 SUPPLENTE			

SOTTOSCRIZIONE DELLA LISTA

Io sottoscritto, iscritto all'Ordine dei farmacisti della provincia di Isernia, sottoscrivo la lista denominata

" _____ " con la quale presento la mia candidatura alla carica di
componente del **Consiglio Direttivo** dell'Ordine per il quadriennio 2021-2024.

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

SOTTOSCRIZIONE DELLA LISTA

Io sottoscritto, iscritto all'Ordine dei farmacisti della provincia di Isernia, sottoscrivo la lista denominata

“ _____ ” con la quale presento la mia candidatura alla carica di
componente del **Collegio dei Revisori dei Conti** dell'Ordine per il quadriennio 2021-2024.

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. MEMBRO SUPPLENTE

COGNOME E NOME LUOGO E DATA DI NASCITA N° ISCRIZIONE

DOC. IDENTITA' DATA SCAD. DOCUMENTO FIRMA

Io sottoscritto Dott. Nicandro Percopo, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Isernia ,

ATTESTO

Che i suindicati colleghi identificati con i documenti, di cui si allega copia alla presente, hanno apposto la firma in mia presenza.

Isernia, 10/2020