

PRESENTAZIONE CANDIDATURA (SINGOLA)

ai sensi dell'art. 4 del Decreto del Ministero della Salute n.172 del 23 ottobre 2024 e dell'art. 27 del Regolamento attuativo delle procedure elettorali approvato dal CNOP con deliberazione n. 63 del 29/11/2024 modello deliberato nella seduta del Consiglio del Friuli Venezia Giulia in data 16/12/2024

LA PRESENTE RICHIESTA, DEBITAMENTE COMPILATA, DEVE VENIR SOTTOSCRITTA DA 15 ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI PSICOLOGI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA, DIVERSI DAL CANDIDATO. LE FIRME DEVONO ESSERE AUTENTICATE DAL PRESIDENTE DELL'ORDINE USCENTE OVVERO DA UN NOTAIO, CANCELLIERE, SEGRETARIO COMUNALE, DA UN DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE O ALTRO DIPENDENTE INCARICATO DAL SINDACO AI SENSI DELL'ART. 21 COMMA 2 DPR 445/2000. PUÒ ESSERE PRESENTATA MANUALMENTE IN CARTACEO O SPEDITA VIA PEC CON DOCUMENTI INFORMATICI FIRMATI DIGITALMENTE ALL'INDIRIZZO ORDINEPSICOLOGIFVG@PSYPEC.IT ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12 DEL 21/1/2025 E VERRÀ PUBBLICATA SUL SITO ISTITUZIONALE WWW.ORDINEPSICOLOGIFVG.IT NELLO STESSO ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO IN CUI È PERVENUTA

Al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi
della Regione Friuli Venezia Giulia
Piazza N. Tommaseo, 2
– 34121 Trieste (TS)

Oggetto: Elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia
Presentazione candidatura

Il/La sottoscritto/a _____,
regolarmente iscritto/a alla sezione _____ dell'Albo degli Psicologi della Regione Friuli Venezia Giulia (n. _____), ai sensi dell'art. 4 del Decreto del Ministero della Salute n. 172 del 23 ottobre 2024 e dell'art. 27 del Regolamento attuativo delle procedure elettorali approvato dal CNOP con deliberazione n. 63 del 29/11/2024, trasmette autocertificazione redatta ai termini di legge per presentare la propria candidatura alle prossime elezioni del Consiglio dell'Ordine degli psicologi della Regione Friuli Venezia Giulia

In fede

.....

(Spazio per le sottoscrizioni della candidatura)

Candidatura sottoscritta da:

	<i>Nome e cognome</i>	<i>Numero iscrizione all'Ordine</i>	<i>Documento identità</i>	<i>Firma</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Autentica delle firme di sottoscrizione

(modello valido per l'autentica da parte del Presidente del Consiglio dell'Ordine ma non obbligatorio per altre tipologie di autenticazione previste dalla norma)

Io sottoscritto _____, in qualità di Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi FVG

ATTESTO CHE

1. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
2. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
3. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
4. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
5. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
6. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
7. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
8. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
9. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
10. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
11. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
12. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
13. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
14. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
15. Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____

Sono stati da me riconosciuti come da documento di identità precedentemente trascritto ed hanno apposto la firma di sottoscrizione candidatura del/della dott./dott.ssa _____ in mia presenza

Luogo e data

Timbro e Firma