

# ELEZIONE CONSIGLIO DIRETTIVO 2020-2024

## MODULO PER LA CANDIDATURA DELLA LISTA

Al Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP  
della Provincia di Foggia

**Oggetto: Comunicazione candidatura della lista per l'elezione del Consiglio Direttivo**

<b>NOME DELLA LISTA (IN STAMPATELLO)</b>

<b>CANDIDATI LISTA (IN STAMPATELLO)</b>						
		<b>NOME E COGNOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>N° ISCRIZIONE</b>	<b>ALBO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>1</b>	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica					
<b>2</b>	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica					
<b>3</b>	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica					
<b>4</b>	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica					
<b>5</b>	Area Tecnico Sanitaria					
<b>6</b>	Area Tecnico Sanitaria					
<b>7</b>	Area Tecnico Sanitaria					
<b>8</b>	Area Tecnico Sanitaria					
<b>9</b>	Area della Riabilitazione					
<b>10</b>	Area della Riabilitazione					
<b>11</b>	Area della Riabilitazione					
<b>12</b>	Area della Riabilitazione					
<b>13</b>	Area della Prevenzione					

Scrivere NOME e COGNOME del Referente di lista: \_\_\_\_\_

**ELENCO FIRMATARI A SOSTEGNO DELLA CANDIDATURA ELETTORALE  
(IN STAMPATELLO)**

	<b>NOME E COGNOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>N° ISCRIZIONE</b>	<b>ALBO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					
<b>5</b>					
<b>6</b>					
<b>7</b>					
<b>8</b>					
<b>9</b>					
<b>10</b>					
<b>11</b>					
<b>12</b>					
<b>13</b>					

N.B. La candidatura della lista deve necessariamente essere sottoscritta da un numero di firme pari al numero dei componenti dell'organo da eleggere.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Il Referente di lista

\_\_\_\_\_

---

*Spazio per l'autenticazione delle firme a cura del  
Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP o di un suo delegato*