**PRESENTAZIONE DELLA LISTA “(indicare nome della lista)” AL CONSIGLIO** **DIRETTIVO DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI FERRARA PER LE ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

**QUADRIENNIO 2024-2028**

I sottoscritti elettori, iscritti all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Ferrara, nel numero di \_\_\_indicare numero in cifre\_\_\_\_\_\_\_ ( indicare numero in lettere ) risultante dalle firme debitamente autenticate contenute in questo foglio, dichiarano di presentare la lista denominata **“(indicare nome della lista)”** e formata dai seguenti farmacisti:

**Candidature alle cariche di componente del Consiglio Direttivo:**

indicare nome e cognome di ogni candidato

**Candidature alle cariche di componente del Collegio dei Revisori dei Conti:**

indicare nome e cognome di ogni candidato

**FIRME DEI SOTTOSCRITTORI DELLA LISTA “(indicare nome della lista)”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 11 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12 | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | N. ISCRIZ. ALBO |
|  | FIRMA | ESTREMI DOCUMENTO | DATA SOTTOSCRIZ. |

E’ possibile fare sottoscrivere la lista da un numero maggiore di sottoscrittori.

**AUTENTICAZIONE DELLE FIRME DEI SOTTOSCRITTORI**

A norma dell’art. 21, comma 2, del DPR 445/2000, certificato che le firme apposte in mia presenza dagli elettori sopra indicati, sono vere e autentiche e che sono stati da me identificati con documento di riconoscimento nella data segnata a margine di ciascuno.

Ferrara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Presidente

Dott. Livio Luciani