



**PRESENTAZIONE CANDIDATURA in LISTA PER IL RINNOVO DEGLI ORGANI DELL'ORDINE DELLE
PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI POTENZA**

(da redigere a cura del Referente di Lista)

Da presentare via PEC o A MANO (previo appuntamento) entro le ore 10.00 del 16 OTTOBRE 2024

Denominazione della Lista _____

Referente di Lista:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Genere: M F N. Iscrizione all'Albo _____

Documento di Identità _____ n. _____

PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

Elenco Candidati della Lista:

Per il CONSIGLIO DIRETTIVO:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



10) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

11) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

12) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

13) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

14) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

15) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



Per la COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Per la COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI PEDIATRICI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Per il COLLEGIO dei REVISORI DEI CONTI (Membri EFFETTIVI):

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Per il COLLEGIO dei REVISORI DEI CONTI (Membro SUPPLENTE):

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

*Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza*



Firmatari Sostenitori (almeno pari al numero dei componenti degli Organo dell'OPI di Potenza per il quale ci si candida):

PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

10) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

11) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

12) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



13) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

14) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

15) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

PER LA COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



PER LA COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI PEDIATRICI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Per il COLLEGIO dei REVISORI DEI CONTI (Membri EFFETTIVI):

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____
n. _____ PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Potenza



2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

Per il COLLEGIO dei REVISORI DEI CONTI (Membro SUPPLENTE):

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F N. Iscrizione all'Albo _____ Documento di Identità _____

n. _____ PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

NB: al fine di convalidare la presente candidatura, è necessario allegare copia fotostatica dei documenti di identità indicati da ciascun firmatario nel presente documento.