

**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA PROVINCIA DI POTENZA**



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

(da redigere a cura del Candidato)

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

Io Sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

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

Documento di Identità _____ n. _____

PEC _____ @ _____

Mi candido per (selezionare una sola opzione):

Consiglio Direttivo Commissione d'Albo Infermieri Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici

Collegio dei Revisori dei Conti: *Effettivo* *Supplente*

Firma Leggibile _____

Firmatari Sostenitori (almeno pari al numero dei componenti dell'organo da eleggere per il quale viene presentata la candidatura):

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 _____

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