



**ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA
MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE
DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE
DI PERUGIA E TERNI**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI: 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 94004450543 Indirizzo: Via Arno 50 A/1 – 06135 Ponte Valleceppi (PG) Tel. 0758425798
Sito: www.tsrumbria.it Email: perugiaterni@tsrm.org PEC: perugiaterni@pec.tsrumbria.org



ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE
(Allegato per proporre una singola candidatura)

Al dr. Angelini Massimo

Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP di Perugia e Terni

Oggetto: Comunicazione candidatura singola per le elezioni del Consiglio Direttivo dell'Ordine TSRM e PSTRP di Perugia e Terni

Il/la sottoscritto/a _____ regolarmente iscritto all'Ordine TSRM e PSTRP di Perugia e Terni presso l'albo _____

trasmette il presente modulo contenente la candidatura e le firme indicate nel regolamento per il rinnovo del Consiglio Direttivo.

| | | | |
|---|------------------------|-----------------------|--------------|
| NOME DEL CANDIDATO | | | |
| _____ | | | |
| CANDIDATO PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE TSRM E PSTRP DI PERUGIA E TERNI | | | |
| CANDIDATO LISTA | DATA DI NASCITA | ALBO E N°ISCR. | FIRMA |
| NOME E COGNOME | | | |
| | | | |
| <u>SOTTOSCRITTA DA UN NUMERO DI FIRME PARI AL NUMERO DI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DA ELEGGERE</u> | | | |

ELENCO FIRMATARI CANDIDATURA ELETTORALE

| | FIRMATARI LISTA NOME E COGNOME | DATA DI NASCITA | ALBO E N°ISCR. | FIRMA |
|----|---|----------------------------|-----------------------|--------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

Il Candidato

Data e luogo

SPAZIO PER L'AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA