**ELEZIONE CONSIGLIO DIRETTIVO 2024-2028**

**MODULO PER LA CANDIDATURA DELLA LISTA**

Al Presidente dell’Ordine TSRM e PSTRP di Pisa Livorno Grosseto

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

|  |
| --- |
| **NOME DELLA LISTA (IN**  **STAMPATELLO)** |
|  |

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

Scrivere NOME e COGNOME del Referente di lista:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELENCO FIRMATARI A SOSTEGNO DELLA CANDIDATURA ELETTORALE**  **(IN STAMPATELLO)** | | | | | |
|  | **NOME E COGNOME** | **DATA DI NASCITA** | **N°**  **ISCRIZIONE** | **ALBO** | **FIRMA** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |

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*