

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

(da redigere a cura del Referente di Lista)

Denominazione della Lista _____

Logo (facoltativo)

Non utilizzare logo OPI e FNOPI

Referente di Lista:

Cognome _____ Nome _____

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

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

Elenco Candidati della Lista:

Per il CONSIGLIO DIRETTIVO:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

PEC _____ @ _____

Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

10) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____ @ _____
Firma Leggibile _____

11) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

12) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

13) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

14) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

15) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

Per la COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

Per la COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI PEDIATRICI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

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

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

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

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
PEC _____@_____
Firma Leggibile _____

FIRMATARI SOSTENITORI (almeno pari al numero dei componenti di ciascun organo da eleggere):

Firmatari sostenitori per il CONSIGLIO DIRETTIVO:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

10) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

11) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

12) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

13) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

14) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

15) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

Firmatari sostenitori per la COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____

Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____

Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)

Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

6) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

7) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

8) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

9) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

Firmatari sostenitori per la COMMISSIONE DI ALBO INFERMIERI PEDIATRICI:

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

3) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

4) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

5) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

Firmatari sostenitori per il COLLEGIO dei REVISORI DEI CONTI (Membri EFFETTIVI):

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

2) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
Firma Leggibile _____

Firmatari sostenitori per il COLLEGIO dei REVISORI DEI CONTI (Membro SUPPLENTE):

1) Cognome e Nome _____ Data di Nascita _____
Genere M F Numero Iscrizione all'Albo _____
Tipo documento di Identità _____ n. _____ (allegare copia)
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.

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)

Titolare del Trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Modena, Viale Amendola 264 – Modena – Tel.059/218519 – segreteria@opimodena.it nella persona del legale rappresentante pro-tempore.

L'OPI di Modena tratta i Suoi dati ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg.to EU 2016/679 per finalità inerenti lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

I dati verranno trattati in modalità cartacea e su supporti informatici, saranno trattati da personale debitamente incaricato dal Titolare e non saranno diffusi.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 Reg.to EU 2016/679 e richiedere l'informativa estesa a segreteria@opimodena.it