

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO DEI REVISORI
DEI CONTI QUADRIENNIO 2025-2028

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno

NOME DELLA LISTA: _____

Candidature alle cariche di componente del Consiglio Direttivo:

N.	COGNOME	NOME
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Candidature alle cariche di componente effettivo del Collegio dei Revisori dei conti:

N.	COGNOME	NOME
1		
2		

Candidature alle cariche di componente supplente del Collegio dei Revisori dei conti:

N.	COGNOME	NOME
1		

Sottoscrizione della lista _____

Io sottoscritto _____, iscritto all'albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno al n. _____ dal _____, sottoscrivo la lista denominata _____ con la quale presento la mia candidatura alla carica di componente del Consiglio direttivo dell'Ordine per il quadriennio 2025-2028.

Salerno ____/____/____

Firma _____

AUTENTICA FIRMA

Io, sottoscritto _____ certifico che la firma posta in mia presenza, previa identificazione del candidato, è autentica.

In Fede

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO DEI REVISORI
DEI CONTI QUADRIENNIO 2025-2028

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno

NOME DELLA LISTA: _____

Candidature alle cariche di componente del Consiglio Direttivo:

N.	COGNOME	NOME
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Candidature alle cariche di componente effettivo del Collegio dei Revisori dei conti:

N.	COGNOME	NOME
1		
2		

Candidature alle cariche di componente supplente del Collegio dei Revisori dei conti:

N.	COGNOME	NOME
1		

Sottoscrizione della lista _____

Io sottoscritto _____, iscritto all'albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno al n. _____ dal _____, sottoscrivo la lista denominata _____ con la quale presento la mia candidatura alla carica di componente effettivo del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine per il quadriennio 2025- 2028.

Salerno ____/_____/_____

Firma _____

AUTENTICA FIRMA

Io, sottoscritto _____ certifico che la firma posta in mia presenza, previa identificazione del candidato, è autentica.

In Fede

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO DEI REVISORI
DEI CONTI QUADRIENNIO 2025-2028

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno

NOME DELLA LISTA: _____

Candidature alle cariche di componente del Consiglio Direttivo:

N.	COGNOME	NOME
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Candidature alle cariche di componente effettivo del Collegio dei Revisori dei conti:

N.	COGNOME	NOME
1		
2		

Candidature alle cariche di componente supplente del Collegio dei Revisori dei conti:

N.	COGNOME	NOME
1		

Sottoscrizione della lista _____

Io sottoscritto _____, iscritto all'albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno al n. _____ dal _____, sottoscrivo la lista denominata _____ con la quale presento la mia candidatura alla carica di componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine per il quadriennio 2025- 2028.

Salerno ____/_____/_____

Firma _____

AUTENTICA FIRMA

Io, sottoscritto _____ certifico che la firma posta in mia presenza, previa identificazione del candidato, è autentica.

In Fede

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno

Candidatura singola alla carica di componente del Consiglio Direttivo:

Il sottoscritto _____, iscritto all'albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno al n. _____ dal _____, presenta la propria candidatura alla carica di componente del Consiglio direttivo dell'Ordine per il quadriennio 2025- 2028.

Salerno _____/_____/_____

Firma _____

FIRME A SOSTEGNO DELLA CANDIDATURA	
Cognome e nome in stampatello	Firma

- | | | | |
|-----|-------|---|-------|
| 1. | _____ | / | _____ |
| 2. | _____ | / | _____ |
| 3. | _____ | / | _____ |
| 4. | _____ | / | _____ |
| 5. | _____ | / | _____ |
| 6. | _____ | / | _____ |
| 7. | _____ | / | _____ |
| 8. | _____ | / | _____ |
| 9. | _____ | / | _____ |
| 10. | _____ | / | _____ |
| 11. | _____ | / | _____ |
| 12. | _____ | / | _____ |
| 13. | _____ | / | _____ |
| 14. | _____ | / | _____ |
| 15. | _____ | / | _____ |
-

AUTENTICA FIRME

Io, sottoscritto _____ certifico che le firme, posta in mia presenza, previa identificazione, sono autentiche.

In Fede
