



**Ordine dei
Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
e delle Professioni
Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione
e della Prevenzione
della Prov. Aut. di Trento**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI
4.8.1965 n. 1103, 31.1.1983 n. 25 e 11.1.2018 n. 3
C.F. 80017730229

Oggetto: Presentazione della lista o della candidatura singola per l'elezione del Collegio dei Revisori

Denominazione Lista				
Candidato referente				
Candidati effettivi per il Collegio dei Revisori				
	Cognome e nome	Albo Professionale e numero d'iscrizione	Firma	Autentica/Documento *
1				
2				
Candidato supplente per il Collegio dei Revisori				
	Cognome e nome	Albo Professionale e numero d'iscrizione	Firma	Autentica/Documento *
3				

OPPURE

Candidatura singola a componente _____ (indicare effettivo o supplente) per il Collegio dei Revisori	
Cognome e nome del candidato:	
Numero Iscrizione all'Albo _____ dei _____	
Firma _____	Autentica/Documento * _____

SOTTOSCRIZIONI OBBLIGATORIE SIA PER LA LISTA CHE PER LA CANDIDATURA SINGOLA

	Cognome e nome	Albo Professionale e numero d'iscrizione	Firma	Autentica/Documento *
1				
2				
3				

*L'autentica da parte del Presidente (o suo delegato) è sostituita da copia del documento di identità in caso di invio a mezzo PEC a trento@pec.tsrsm.org

Trento, _____

Firma del referente o del candidato _____