

MODULO A - CANDIDATURA SINGOLA

Elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

La presente richiesta debitamente compilata e sottoscritta può essere presentata presso gli uffici dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana o inviata via PEC a segreteria.oprs@psypec.it

Nel caso di autenticazione delle firme dei sottoscrittori da parte del Presidente o un Suo delegato, sarà possibile consegnare i moduli secondo il seguente calendario: martedì 14 gennaio 2025 dalle 11:00 alle 15:00, giovedì 16 gennaio 2025 dalle 11:00 alle 15:00 e venerdì 17 gennaio 2025 dalle 11:00 alle 14:00, martedì 21 gennaio 2025 dalle 11:00 alle 15:00, giovedì 23 gennaio 2025 dalle 11:00 alle 15:00 e venerdì 24 gennaio 2025 dalle 11:00 alle 14:00. Le candidature potranno essere presentate entro le ore **12:00 del decimo giorno prima della data di svolgimento delle votazioni**

La/Il sottoscritto/a _____

Detto/a *(facoltativo)* _____ Codice fiscale _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ provincia _____

in via/piazza _____ cap _____

iscritta/o all'Ordine in data _____ con il numero _____ Sezione _____

Email _____ Pec _____

Cellulare _____

DICHIARA

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

- di essere in possesso del godimento dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misura di sicurezza e di misure di prevenzione di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa che impediscano o limitino l'assunzione di pubblici uffici;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali per reati il cui accertamento impedisce o limita l'assunzione di pubblici uffici;
- di essere a conoscenza delle disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia di procedure elettorali e composizione dei consigli territoriali dell'Ordine degli psicologi e del Consiglio Nazionale.

PRESENTA

la propria candidatura alle elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

Luogo e data

Firma

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (GDPR) 2016/679 i dati personali forniti saranno raccolti e saranno trattati presso una banca dati per finalità inerenti la gestione delle procedure previste per le Elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine. L'interessato gode dei diritti di cui agli articoli 12-22 del GDPR, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, di cui all'informativa completa pubblicata sul sito internet al seguente indirizzo <https://www.iusprivacy.eu/informativa-privacy-info-1007844152>

Luogo e data

Firma per presa visione

Allegare:

- copia di documento di identità in corso di validità;
- elenco dei 15 sottoscrittori che sostengono la candidatura, con firme autenticate.

In caso di firme da autenticare da parte del Presidente dell'Ordine o un Suo delegato è necessario utilizzare il modulo "Allegato 1"

Allegato 1
(In caso di autentica da parte del Presidente dell'Ordine)

Nome e Cognome del candidato _____

La candidatura è sottoscritta da:

N.	nome e cognome	numero iscrizione	Documento identità	Firma (da apporre dinanzi al Presidente dell'Ordine)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Luogo e data

Firma del candidato

Con l'apposizione della firma il sottoscrittore acconsente al trattamento dei propri dati personali che avverrà in conformità all'Informativa disponibile al seguente indirizzo: <https://www.iusprivacy.eu/informativa-privacy-info-1007844152>

**Autentica delle firme di sottoscrizione delle candidature
(in caso di autentica da parte del Presidente del Consiglio dell'Ordine)**

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____, in qualità di Presidente del Consiglio
dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

ATTESTA CHE

1. Il/La dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

2. Il/La dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

3. Il/La dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

4. Il/La dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

5. Il/La dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

6. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

7. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

8. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

9. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

10. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

11. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

12. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____



Ordine degli Psicologi
della Regione Siciliana

13. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

14. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

15. Il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____, identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da
_____ il _____

**sono stati da me riconosciuti, presso gli Uffici dell'Ente, come da documento di identità precedentemente
trascritto ed hanno apposto la firma di sottoscrizione della lista
" _____ " o della candidatura di " _____
_____ " in mia presenza.**

Luogo e data

Timbro del Consiglio dell'Ordine

Firma del Presidente