

**MODULO PRESENTAZIONE CANDIDATURA
PER LA NOMINA DEI COMPONENTI ELETTIVI
DEL CONSIGLIO DEI SANITARI**

Alla Commissione Elettorale del Consiglio dei Sanitari

Presidente Dr. Roberto Longari

Il/la sottoscritto/a.....
matricola n. Dipendente a tempo indeterminato/Medico Convenzionato dell'Azienda
Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, in servizio con la qualifica di
..... presso la struttura di
..... centro di costo.....

CHIEDE

di essere inserito/a nella lista dei candidati eleggibili per il Consiglio dei Sanitari per la categoria:

- **Personale Medico dei Presidi Ospedalieri**
- **Personale Medico dei Distretti**
- **Dipartimento di Prevenzione (Medico o Veterinario)**
- **Medici di Medicina Generale Convenzionati**
- **Medici Pediatri di Libera Scelta Convenzionati**
- **Medici Specialisti Ambulatoriali**
- **Personale Sanitario Laureato Non Medico (Farmacisti, Psicologi, Biologi, Chimici, Fisici)**
- **Personale appartenente alle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche**
- **Personale appartenente alle Professioni Sanitarie Riabilitative**
- **Personale appartenente alle Professioni Tecnico Sanitarie**
- **Personale appartenente alle Professioni Tecniche della Prevenzione**

Il/la sottoscritto/a

è a conoscenza

- che le candidature, al fine della formazione delle liste distinte per categoria, dovranno essere presentate alla Commissione Elettorale **dal giorno 18 marzo 2024 al 22 marzo 2024**
- che per la presentazione delle liste è richiesto un **numero di firme** di lavoratori dipendenti appartenenti alla categoria professionale non inferiore al 10%,
- che le **operazioni di voto** sono fissate **per il giorno 9 aprile 2024, dalle ore 9.00 alle ore 18.00.**

Il/la sottoscritto/a

nat... a..... il e residente a

.....
autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali ed alla diffusione degli stessi limitatamente alle finalità elettive.

..... li

FIRMA

Si allega

- 1) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- 2) N. firme a sostegno della candidatura

Si sottolinea che saranno accettate solo le candidature del personale dipendente a tempo indeterminato con almeno 3 anni di anzianità e dei Medici Convenzionati con rapporto con il SSN da almeno 3 anni senza soluzione di continuità, pervenute nei tempi previsti e correttamente indicanti la categoria di appartenenza.

ELEZIONE MEMBRI ELETTIVI **CONSIGLIO dei SANITARI del 9 APRILE 2024**

CATEGORIA di APPARTENENZA:

(come individuate all'art. 1 co. 2 Regolamento per le Elezioni allegato alla D.D.G. n. 1691 del 27
Novembre 2018)

.....

<u>CANDIDATI</u>				
COGNOME	NOME	MATRICOLA	QUALIFICA	FIRMA

COGNOME	NOME	MATRICOLA	QUALIFICA	FIRMA

_____, lì _____

Firma del Presentatore della Lista
