

**MODULO DI AUTOCANDIDATURA**  
**DELEGATO ORDINISTICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

in provincia di \_\_\_\_\_ iscritto

all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma con

numero di iscrizione \_\_\_\_\_ dell'Albo Medici/Odontoiatri,

presenta formale domanda di nomina a Delegato ordinistico.

A tal fine, preso atto del relativo bando e delle condizioni in esso disciplinate,

comunica l'assenza a suo carico di provvedimenti disciplinari.

Allega inoltre curriculum vitae e professionale e copia di un documento d'identità.

Comunica infine i seguenti recapiti per eventuali comunicazioni derivanti la presente

domanda:

cell \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

email PEC \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_