

AUTOCERTIFICAZIONE*

Presentazione CANDIDATURA SINGOLA o IN LISTA

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 artt. 38, 46, 74 e 76

Il/La sottoscritto/a _____

dichiara

essere nato/a _____ il ____/____/____,

con codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__,

avere cittadinanza _____,

essere residente a _____ in Via/Piazza _____ (CAP ____)

con domicilio digitale (PEC) _____

- 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 previste dall'art. 8 comma ter della legge 102/2023 di conversione con modificazioni del decreto legge 75/2023, di quanto contenuto nel regolamento del Ministero della Salute di cui al D.M. n. 172 del 23 Ottobre 2024 e del Regolamento Elettorale approvato dal CNOP con deliberazione n. 63 del 29 novembre 2024, nonché della legge di Ordinamento della Professione di Psicologo, L. 56/89,

tutto ciò premesso

PRESENTA

- o la propria candidatura alle prossime elezioni del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria all'interno della lista denominata "_____".
- o la propria candidatura individuale alle prossime elezioni del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria.

In fede.

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. Si rimanda all'informativa completa pubblicata sul sito internet al seguente indirizzo www.ordinepsicologicalabria.it

Data _____,

Firma

Allegato: fotocopia documento di identità

*(l'autocertificazione deve essere presentata dal singolo candidato o da ogni membro della lista ed allegata alla presentazione della lista)

PRESENTAZIONE LISTA CANDIDATI

ai sensi dell'art. 4 del Decreto del Ministero della Salute n. 172 del 23 ottobre 2024
e dell'art. 27 e 28 del Regolamento Elettorale approvato dal CNOP con deliberazione n. 63 del 29 novembre 2024
modello deliberato nella seduta del Consiglio della Calabria in data **30/12/2024**

A PENA DI INAMMISSIBILITÀ:

LA LISTA DEVE CONTENERE ALMENO IL 20% DI CANDIDATI DI GENERE DIVERSO, ALMENO IL 20% DI ISCRITTI DI ETÀ NON SUPERIORE AI 45 ANNI. IL REQUISITO DELL'ETÀ PUÒ ESSERE ASSORBITO DAL REQUISITO DI GENERE.: IL REQUISITO DI GENERE PUÒ SOSTITUIRE QUELLO RELATIVO ALL'ETÀ, SOMMANDOSI E MANTENENDO INVARIATA LA PERCENTUALE COMPLESSIVA CHE IL DECRETO RISERVA AD ENTRAMBI I REQUISITI (40% DEI POSTI IN LISTA).

L'ORDINE DI INSERIMENTO DEI CANDIDATI È INDICATO NELLA LISTA E DETERMINA GLI EFFETTI DAI FINI DELLA PROCLAMAZIONE.

LA PRESENTAZIONE DELLA LISTA DEI CANDIDATI, DEBITAMENTE COMPILATA, DEVE VENIR SOTTOSCRITTA DA ALMENO **15** ISCRITTI ALL'ALBO DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA, DIVERSI DAI CANDIDATI PRESENTI IN LISTA. LE FIRME DEI SOTTOSCRITTORI DEVONO ESSERE AUTENTICATE DAL PRESIDENTE DELL'ORDINE USCENTE OVVERO DA UN NOTAIO, CANCELLIERE, SEGRETARIO COMUNALE, DA UN DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE O ALTRO DIPENDENTE INCARICATO DAL SINDACO AI SENSI DELL'ART. 21 COMMA 2 DPR 445/2000.

LA LISTA DEI CANDIDATI PUÒ ESSERE PRESENTATA MANUALMENTE O SPEDITA VIA PEC ALL'INDIRIZZO ORDINEPSICOLOGICALABRIA@PEC.IT ENTRO E NON OLTRE LE **ORE 12** DEL **14/01/2025** E VERRÀ PUBBLICATA COSÌ COME PERVENUTA SUL SITO ISTITUZIONALE WWW.ORDINEPSICOLOGICALABRIA.IT NELLO STESSO ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO.

Al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi
della Calabria
v. F. Acri, 81 – 88100 Catanzaro

Oggetto: Elezioni del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione/Provinciale Presentazione lista candidati

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____, regolarmente iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Calabria (n. ____), ai sensi dell'articolo 27 del Regolamento Elettorale approvato dal CNOP con deliberazione n. 63 del 29 novembre 2024 e Decreto del Ministero della Salute n. 172 del 23 ottobre 2024 in qualità di referente della lista denominata " " presenta le candidature alle elezioni 2024 per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Calabria dei seguenti membri della lista più sopra indicata

Nome (eventualmente detto "____") e Cognome	Numero iscrizione	Sezione dell'albo	Data di nascita	Genere
Candidato 1				
Candidato 2				
Candidato 3				
Candidato 4				
Candidato 5				
Candidato 6				
Candidato 7				
Candidato 8				
Candidato 9				

Allegato alla presente trasmette le autocertificazioni redatte ai termini di legge dai singoli membri della lista candidati alle prossime elezioni del Consiglio dell'Ordine degli psicologi della Calabria.

In fede

.....

Candidatura sottoscritta da:

	Nome e cognome	Numero iscrizione all'Ordine	Documento identità	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

AUTENTICA DELLE FIRME DI SOTTOSCRIZIONE
(in caso di autenticazione da parte del Presidente del Consiglio Territoriale dell'Ordine)

Il sottoscritto dott. _____, in qualità di Presidente(/Vicepresidente) del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Calabria

ATTESTO 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 _____
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 come da documento di identità precedentemente trascritto ed hanno apposto la firma di sottoscrizione della lista "_____" / candidatura del/la dott./ssa _____ in mia presenza.

Luogo e data

Timbro del Consiglio dell'Ordine

Firma del Presidente

AUTENTICA FIRMA DI SOTTOSCRIZIONE SINGOLA
(in caso di autenticazione da parte del Presidente del Consiglio Territoriale dell'Ordine)

Il sottoscritto dott. _____, in qualità di Presidente(/Vicepresidente) del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione/Provincia _____

ATTESTO CHE

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

è stato da me riconosciuto come da documento di identità precedentemente trascritto ed ha apposto la firma di sottoscrizione della lista " _____" / candidatura del/la dott./ssa _____ in mia presenza.

Luogo e data

Timbro del Consiglio dell'Ordine

Firma del Presidente