



CSE SANITÀ

**Federazione Professioni Sanitarie,
Sociali, Tecniche e Amministrative**

SCHEDA n. 2

Elezioni R.S.U. – Comparto _____

Elenco dei sottoscrittori della seguente lista, denominata **CSE SANITA'**, per l'Amministrazione – Agenzia - Ente – Azienda _____ di n. _____ candidati, tutti dipendenti a tempo indeterminato della stessa, nelle persone e nell'ordine seguenti per le elezioni delle R.S.U. - previste per i giorni **17, 18 e 19 aprile 2018**:

LISTA DENOMINATA CSE SANITA' (Candidati)					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
1					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
2					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
3					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
4					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
5					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
6					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
7					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
8					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
9					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
10					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
11					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
12					



CSE SANITÀ

**Federazione Professioni Sanitarie,
Sociali, Tecniche e Amministrative**

	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
13					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
14					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
15					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
16					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
17					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
18					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
19					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
20					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
21					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
22					

(scrivere i dati in stampatello)

(gli spazi inutilizzati vanno sbarrati)

I sottoscrittori dichiarano di non aver sottoscritto, per l'elezione di cui trattasi, altra presentazione di lista.

LISTA DENOMINATA CSE SANITA' (Firme dei sottoscrittori)				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				

(scrivere i dati in stampatello)

(gli spazi inutilizzati vanno sbarrati)



CSE SANITÀ

**Federazione Professioni Sanitarie,
Sociali, Tecniche e Amministrative**

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				



CSE SANITÀ

**Federazione Professioni Sanitarie,
Sociali, Tecniche e Amministrative**

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				
Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma
Documento di identificazione				

Il sottoscritto, **presentatore** della presente lista dichiara, sotto la propria responsabilità, che i candidati non sono componenti della Commissione Elettorale e che le firme in calce sono state apposte dai lavoratori indicati ed identificati con il documento segnato a margine di ciascuno. (numero totale dei sottoscrittori n. _____ in lettere _____).

Si acclude, stampato in alto a sinistra, il simbolo che dovrà essere riportato sulle schede elettorali.

AUTENTICA FIRMA DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____
_____ attesto che il/la Sig/ra (presentatore/trice della lista)
_____ nato/a a _____ il _____ identificato/a con
documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il
_____ **ha apposto la firma in mia presenza.**

_____ li _____

timbro, firma per esteso e qualifica di chi
procede all'autentica della firma

firma del presentatore di lista

ATTENZIONE: (l'amministrazione non può, **se richiesta**, rifiutare di provvedere all'autentica della firma rinviando ad altri soggetti
– es. notaio – ai sensi dell'art. 4, comma 7, dell'Accordo quadro del 7 agosto 1998 parte II Regolamento elettorale)