



# 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 SANITÀ'**, 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**:

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



# **CSE SANITÀ**

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

	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>13</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>14</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>15</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>16</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>17</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>18</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>19</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>20</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>21</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>22</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>23</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>24</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>25</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>26</b>					



# **CSE SANITÀ**

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

	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>27</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>28</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>29</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>30</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>31</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>32</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>33</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>34</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>35</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>36</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>37</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>38</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>39</b>					
	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Ufficio di servizio	Firma per accettazione
<b>40</b>					

*(scrivere i dati in stampatello)*

*(gli spazi inutilizzati vanno sbarrati)*



# CSE SANITÀ

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

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				
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				
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				
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				
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				
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				

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 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)