

SOCI A SUPPORTO[§] DELLA CANDIDATURA DI

(nome e cognome)* _____

**QUALE MEMBRO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA SEZIONE TERRITORIALE _____ DELLA SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA DEL LAVORO**

VOTAZIONI ANNO 20...

	NOMINATIVO SOCIO* (Cognome e Nome)	FIRMA*	ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO* (tipo, N., sede di rilascio e data)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

*campo obbligatorio

§ Potranno apporre la propria firma a sostegno della candidatura Soci non candidati ad alcuna carica sociale, che risultino iscritti al 31 dicembre dell'anno precedente e che siano in regola con il pagamento della quota associativa, per l'anno in corso, al 30 aprile. Ciascun Socio, può apporre la propria firma per la presentazione anche di più candidature, purché per differenti cariche.