



## 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

### 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 9/11/15 ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI PSICOLOGI DELLA BASILICATA, 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 PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE IN VIA DELLA CHIMICA, 61 – 85100 POTENZA O SPEDITA VIA PEC ALL'INDIRIZZO [PSICOLOGI.BASILICATA@PSYPEC.IT](mailto:PSICOLOGI.BASILICATA@PSYPEC.IT) ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12 DEL 20 GENNAIO 2025 (10° GIORNO ANTECEDENTE LA PRIMA DATA DELLA PRIMA VOTAZIONE) E VERRÀ PUBBLICATA COSÌ COME PERVENUTA SUL SITO ISTITUZIONALE [www.ORDPSICOBAS.IT](http://www.ORDPSICOBAS.IT) NELLO STESSO ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO.

Al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi  
della Regione /Prov.

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 Regione Basilicata (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 2025 per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Basilicata 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				

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 Regione Basilicata.

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)**

I/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_, in qualità di Presidente(/Vicepresidente) del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Basilicata

ATTESTA 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/la Presidente

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

I/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_, in qualità di Presidente(/Vicepresidente) del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione/Provincia \_\_\_\_\_

ATTESTA 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/la Presidente

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

I/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

ATTESTA 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/la Presidente

**AUTENTICA FIRMA DI SOTTOSCRIZIONE SINGOLA  
(in caso di autenticazione da parte di altre figure)**

I/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

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/la Presidente