



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS APS**  
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società  
**CONSIGLIO REGIONALE ENS LOMBARDIA**

Spett.le  
**Consiglio Regionale**  
ENS Lombardia  
Via Boscovich, 38  
20124 MILANO

**Raccomandata PEC o A.R.**

**DOMANDA DI CANDIDATURA AL VII CONGRESSO REGIONALE**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat. a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
iscritt. all'ENS dal \_\_\_\_\_ presenta la propria candidatura alla carica di:

- Presidente Regionale**  
 **Consigliere Regionale**

Dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dello Statuto ENS e di aver ricoperto le seguenti cariche elettive:

**Presidente Regionale o membro del Consiglio Regionale**

dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Presidente Provinciale o membro del Consiglio Provinciale**

dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Delegato Provinciale**

dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firmare in modo chiaro e leggibile)

*Il sottoscritto dichiara di aver letto e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 da ENS, pubblicata e consultabile sul sito [www.ens.it](http://www.ens.it), ed esprime liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati forniti all'Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei Sordi ONLUS APS nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

In fede

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firmare in modo chiaro e leggibile)