

Formulaire de candidature (scrutin uninominal)

Merci de renseigner l'intégralité des éléments demandés dans ce formulaire

Election du Conseil National

Nom et prénom d'exercice professionnel :

Numéro ordinal : / / Date de naissance : / /

Adresse du lieu d'exercice professionnel (si salarié, indiquer le nom de l'employeur) :
.....

Titre infirmiers (diplômes, certificats ou attestations) :
.....

Déclare vouloir déposer ma candidature à l'élection du conseil national de l'Ordre des infirmiers dans le secteur (cocher une seule case) de mon lieu d'exercice :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hauts de France / Normandie | <input type="checkbox"/> Ile-de-France / Centre Val de Loire |
| <input type="checkbox"/> Bretagne / Pays de Loire | <input type="checkbox"/> Grand Est / Bourgogne Franche Comté |
| <input type="checkbox"/> PACA Corse / Auvergne Rhône-Alpes | <input type="checkbox"/> Nouvelle Aquitaine / Occitanie |
| <input type="checkbox"/> Antilles-Guyane/Réunion-Mayotte | |

Je reconnais avoir été informé qu'en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sont enregistrées dans un traitement automatisé autorisé sous l'appellation «fichier des candidats» mes données à caractère personnel, que ces données seront diffusées aux électeurs et que le droit d'accès et le cas échéant de rectification des données à caractère personnel s'exerce directement auprès du Conseil national de l'Ordre des infirmiers dans les conditions de droit commun définies par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 précitée.

Adresse mail de contact : @

Date : / /

Signature manuscrite obligatoire :

Joindre un justificatif (pour les salariés : copie de la partie haute d'une fiche de paie ou attestation de l'employeur de moins de 3 mois ; pour les libéraux : attestation URSSAF de moins de 3 mois).
Facultatif : joindre une profession de foi (cf règlement électoral)