



**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

Spett.le  
**Sede Centrale ENS**  
Via Gregorio VII, 120  
00165 ROMA

**Raccomandata PEC o A.R.**

**DOMANDA DI CANDIDATURA AL XXVI CONGRESSO NAZIONALE ENS**

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

- Presidente Nazionale**  
 **Consigliere Direttivo**

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 Nazionale o membro del Consiglio Direttivo**

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

**Presidente o membro del Consiglio Regionale**

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

**Presidente o membro del Consiglio Provinciale**

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

**Delegato Provinciale**

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

**Presidente o membro del Collegio Provinciale dei Sindaci**

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)