



Ordine delle professioni infermieristiche di ALESSANDRIA

Iscritte/i OPI AL
Proprie sedi in indirizzo/proprie PEC

Oggetto: Convocazione assemblea ordinaria iscritti

In virtù della legge 3/20218 ed in conformità al Regolamento deliberato il 29/12/2020 è convocata l'assemblea annuale degli iscritti per il giorno 26 aprile alle ore 23:00, ed in seconda convocazione

per il giorno 27 aprile alle ore 15:00

presso Aula Magna DISIT Alessandria

Viale Teresa Michel, 11, Alessandria

I punti all'ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente sulle attività svolte nell'anno 2022
2. Relazione del Tesoriere anno finanziario 2022
3. Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti
4. Bilancio Consuntivo anno 2022
5. Relazione del Presidente piano programmatico anno 2023
6. Relazione del Tesoriere anno finanziario 2023
7. Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti
8. Bilancio Preventivo 2023
9. Firma protocollo d'intesa tra OPI AL – CONFESERCENTI ALESSANDRIA
10. Comunicazioni del Presidente
11. Comunicazioni del Segretario
12. Comunicazioni del Tesoriere

Il Materiale relativo all'ordine del giorno, sarà pubblicato ed a disposizione degli iscritti sul sito www.opial.it dal giorno 24 aprile 2023

Il Presidente OPI AL



Firmato digitalmente da:
CHILIN GIOVANNI
Firmato il 04/04/2023 17:12
Giovanni Chilin
Seriale Certificato: 211867
Valido dal 09/03/2021 al 09/03/2024
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

Per ogni partecipante è ammessa la delega di 2 persone massimo compilando l'apposito modulo allegato (cfr retro)

Via Buonarroti 16 – 15121 ALESSANDRIA; telefono 0131218113; fax 0131240208 – CF 80006900064

Email: posta@opial.it pec: postaopial@pec.it

U

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI ALESSANDRIA

Protocollo N.0000612/2023 del 04/04/2023



Ordine delle professioni infermieristiche di ALESSANDRIA

Modello di delega (art. 1387 Codice Civile)

Il/La Sottoscritt _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in via/piazza _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Iscritto/a all'Ordine degli Infermieri di Alessandria al numero di posizione _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Delega

il/la Collega _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in via/piazza _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

A rappresentarmi nelle decisioni in seno all'assemblea annuale OPI AL 27 aprile 2023

Alessandria _____

Firma delegante _____

Allegare fotocopia del documento d'identità del delegante
Il delegato si presenti con documento d'identità in corso di validità