



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

Ordine Dei Medici Chirurghi e Degli Odontoiatri della Provincia di Catania	
0002260	
DATA/PROTOCOLLO	U
16-03-2026	

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI 2026

L'Assemblea degli Iscritti, in ottemperanza a quanto disposto dell'art. 23 del D.P.R. 5/4/1950 n.221 e s.m., nonché ai sensi del Regolamento dell'Ordine per il funzionamento degli organi del 15/06/2016, approvato dalla FNOMCeO il 18/11/2016, è convocata per le ore 7:30 del giorno 27 marzo 2026, in prima convocazione, presso l'Ordine dei Medici, Viale Ruggero Di Lauria 81 e, occorrendo, in **seconda convocazione**

Lunedì 30 marzo 2026 ore 18.00

presso la sala Apollo dell'**Hotel Nettuno di Catania**, con il seguente

Ordine del Giorno

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Tesoriere;
3. Relazione dei Revisori dei conti;
4. Approvazione **Bilancio di Previsione 2026**.

A seguire

1. Relazione del Presidente;
2. Relazione del Tesoriere;
3. Relazione dei Revisori dei conti;
4. Approvazione **Conto Consuntivo 2025**

I documenti contabili possono essere visionati presso la segreteria dell'Ordine dal martedì al giovedì dalle ore 9.30 alle ore 12.30, previo appuntamento.

Si ricorda che l'Assemblea è valida, in prima convocazione, con l'intervento di almeno $\frac{1}{4}$ degli iscritti, mentre **in seconda convocazione è valida qualunque sia il numero degli intervenuti**, purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio Direttivo.

A norma dell'art. 24 del D.P.R. 5/4/1950 n.221, in caso di assenza, è ammessa la delega apposta in calce al presente avviso di convocazione che sarà consegnata ad altro iscritto presente il quale non può averne più di due. Le deleghe sono valide se presentate unitamente a copia del documento di identità dei colleghi rappresentati.

IL PRESIDENTE
(Dott. Alfio Saggio)



DELEGA

Io sottoscritto _____ nato a _____

il _____ N° iscr. Albo _____, delego a sostituirmi nell'Assemblea ordinaria degli iscritti dell'OMCeO di Catania del _____ il Dott. _____ nato a _____ il _____ N° iscr. Albo _____.

Allego copia del mio documento di riconoscimento

Data _____

Firma _____