



MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a _____
il ____/____/____ Cod. Fisc. _____ Residente a _____
C.A.P. _____ Pr. (____) In Via/Piazza _____ nr. _____
Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____ E-
Mail _____@_____

Documento di identità (da allegare alla presente) Numero _____
Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

CONSAPEVOLE

che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),

DICHIARA

ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e

RICHIEDE

l'attivazione della casella PEC offerta gratuitamente dall'Ordine Provinciale dei Farmacisti di _____ e delega l'Ordine all'attivazione della stessa.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma

Il presente modulo di richiesta insieme alla fotocopia di un documento di riconoscimento, può essere inviato per email a: info@ordinefarmacisti.re.it o per pec a: ordinefarmacistire@pec.fofi.it o consegnato di persona in Segreteria negli orari di apertura al pubblico.