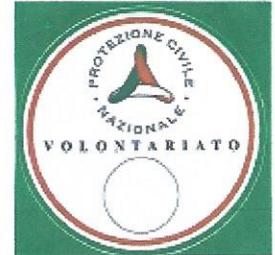




ASSOCIAZIONE FARMACISTI VOLONTARI IN PROTEZIONE CIVILE



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott.

Nata/o a _____ il _____ Codice Fiscale _____
iscritta/o all' Albo dei farmacisti dell'Ordine provinciale della Provincia di _____
(n° iscrizione _____) e residente a _____ (Pr. _____)
in Via/ Piazza _____ Cap. _____

CHIEDE

Di essere ammessa/o a far parte dell' Associazione Farmacisti Volontari in Protezione Civile
sezione di _____ in qualità di socio effettivo.

A tal fine dichiara:

- di essere iscritta/o all'Albo dei farmacisti dell'Ordine provinciale della Provincia di _____ (n° iscrizione _____);
- di aver preso visione dello Statuto dell' Associazione e di condividerne le finalità;
- di possedere le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per le attività dell' Associazione;
- di indicare i seguenti recapiti per tutte le comunicazioni dell' Associazione:
 - domicilio (da indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza):
 - e-mail:
 - PEC:
 - Fax:

Luogo e data

Firma