



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Livorno

Via Rossini 4 – 57123 Livorno Tel: 0586899063 Mail: ordinefarmacistilivorno@gmail.com

MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ Pr (____)

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in Via/Piazza _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____

Cellulare _____

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 LIVORNO 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: ordinefarmacistilivorno@gmail.com o consegnato di persona in Segreteria negli orari di apertura al pubblico.