

Al Presidente
dell'Ordine Farmacisti
di Reggio Calabria

Il sottoscritto Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

Laureato/a nell'anno _____ e iscritto/a all'Albo il _____

Recapiti telefonici _____

DICHIARA

la disponibilità allo svolgimento di attività lavorativa e quindi di essere inserito/a nella lista delle DISPONIBILITA'.

Il dichiarante

Reggio Calabria, li _____

Si assume la responsabilità delle informazioni riportate e autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.