

**Al Presidente dell'Ordine dei
Farmacisti della Provincia 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 nell' elenco dei **DISPONIBILI**.

Si assume la responsabilità delle informazioni riportate e autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016

Il dichiarante

Reggio Calabria,