



## **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