

Spett.le
ORDINE DEI FARMACISTI

IL SOTTOSCRITTO DOTT.....
NATA A,,, IL.....
RESIDENTE A.....
LAUREA IN.....
CONSEGUITA PRESSO L'UNIVERSITA' DI
IN DATA.....
ISCRITTO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI.....
DAL.....ALN.....
TELEFONO.....
CELLULARE.....
EMAIL.....

TROVANDOSI IN SITUAZIONE DI DISOCCUPAZIONE

CHIEDE

DI ESSERE CONTATTATO PER COLLABORARE PRESSO LE FARMACIE

DISPONIBILITA' DAL.....,.....

SUMPEGNA

DI COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE ALLA SEGRETERIA DELL'ORDINE DI AVER
TROVATO OCCUPAZIONE AL FINE DI AGGIORNARE LA POSIZIONE, CONSIDERA TO
CHE LA DISPONIBILITA' HA VALIDITA' PER UN TERMINE MASSIMO DI **90 GIORNI**.

Autorizzo il trattamento dei suddetti dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03
(Codice della Privacy).

DATA.....

FIRMA
