**MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**

 Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_\_\_\_) Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_\_) In Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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/PEC a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o consegnato di persona in Segreteria negli orari di apertura al pubblico.