

**SPETT.LE
ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI
E N N A**

COMUNICAZIONE

LA/IL SOTTOSCRITTA/O DOTT.^{SSA}/ DOTT.

iscritta/o all'Albo tenuto da codesto Ordine, comunica:

il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata¹:

di essere interessata/o a ricevere comunicazioni relativi ai concorsi

di essere interessata/o a ricevere comunicazioni relativi all'ONAO SI

Data _____

FIRMA

¹ NON OCCORE COMUNICARE LA CASELLA PEC ARUBA ASSEGNATA GRATUITAMENTE DALL'ORDINE.