



**ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI RIMINI**

Via Roma 102 Scala D - 47921 RIMINI

Tel.: 0541/52231 - Fax 0541/52231

E-Mail : [ordfarmrn@ordinefarmacistirimini.it](mailto:ordfarmrn@ordinefarmacistirimini.it)

[www.ordinefarmacistirimini.it](http://www.ordinefarmacistirimini.it)

[ordinefarmacistirn@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistirn@pec.fofi.it)

**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 RIMINI e delega l'Ordine all'attivazione della stessa.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_