



TEL \_\_\_\_\_ è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguente:

\_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro:

- a tempo pieno
- a tempo parziale o definito
- e come tale, in base all'ordinamento vigente lui/lei applicabile, non gli è vietato l'esercizio della libera professione;
- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale;
- e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile gli/le è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell'"elenco speciale"

### **E FA DOMANDA**

**di essere iscritto/a all'Albo professionale dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di Oristano.**

Oristano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\*)  
(firma)

Qualifica professionale \_\_\_\_\_ Telefono abitazione \_\_\_\_\_  
Telefono lavoro \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail (obbligatoria) \_\_\_\_\_

#### **ALLEGATI:**

- 1) Fotocopia carta d'identità
- 2) Fotocopia codice fiscale
- 3) Informativa Privacy

*(\*) Se la domanda contiene anche dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la relativa sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure se inviata per posta o per fax, deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di identità o di equipollente documento di riconoscimento.*