

## MODULO RICHIESTA TESSERA IDENTIFICATIVA

(Da compilare in ogni sua parte e da inviare alla seguente mail: [farmacisti@tiscali.it](mailto:farmacisti@tiscali.it), allegando n° 02 foto tessera in formato jpg)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ recapito postale \_\_\_\_\_  
telefono casa \_\_\_\_\_ telefono lavoro \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_  
posizione lavorativa attuale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rilascio del tesserino di iscrizione all'Albo professionale, alle condizioni descritte nella circolare n° 181/2015 del 09/06/2015, e allega inoltre alla presente n° 02 foto tessera in formato jpg, utili al fine dell'emissione del nuovo documento.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma

**Allego alla presente n° 02 foto tessera in formato jpg.**