

DA RESTITUIRE ALL'ORDINE DEI FARMACISTI ENTRO E NON OLTRE IL 30/04/2021

A MEZZO EMAIL ordinefarmacistipotenza@gmail.com

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA _____ cell _____

dichiara la sua disponibilità a svolgere la funzione di farmacista volontario
nell'ambito dell'**Associazione Farmacisti volontari della Protezione civile, per
la Provincia di Potenza**

Firma _____