

DA RESTITUIRE ALL'ORDINE DEI FARMACISTI A MEZZO EMAIL
ordinefarmacistipotenza@gmail.com

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA _____ cell _____

- Titolare di Farmacia
- Collaboratore
- Altro (specificare)

In merito alla formazione per farmacisti vaccinatori :

- ha effettuato il primo corso on line EDUISS_ISS
- ha effettuato il secondo corso on line EDUISS_ISS
- ha effettuato l'esercitazione pratica finalizzata all'attività di inoculazione

Data _____

Firma _____