MODULO RICHIESTA DI CONTRIBUTO MASTER
"IL FARMACISTA DEL TERRITORIO: competenze e ruolo professionale"
a.a. 2019/2020- Bando (D.R. n.108 del 3.7.2019)
(ex delibera del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti di Bari e BAT del 15/06/2019)

SPETT.
ORDINE INTERPROVINCIALE DEI FARMACISTI DI BARI E BAT
ordinefarmacistiba@pec.fofi.it

Il/la sottoscritto/a_____
(cognome) (nome)

nato/a a_____(_____) il_____
(luogo) (prov.)

residente a _____(_____) in via_____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice fiscale_____Telefono_____

E-mail_____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto (in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi)

- di aver partecipato al MASTER "IL FARMACISTA DEL TERRITORIO: competenze e ruolo professionale" a.a. 2019/2020 - Bando (D.R. n.108 del 3.7.2019)
- di aver conseguito il relativo "Diploma Universitario"
- di essere regolarmente iscritto all'Albo professionale dell'Ordine dei Farmacisti di Bari e BAT a far data dal_____ al n._____.

CHIEDE

di beneficiare del contributo destinato in favore dei partecipanti al Master regolarmente iscritti all'Albo di codesto Ordine nella misura deliberata dal Consiglio Direttivi dell'Ordine in data 15 giugno 2019 e che l'importo venga liquidato mediante accredito sul conto/corrente intestato a _____ presso _____
CODICE IBAN _____

A tal fine, allega:

- copia del proprio documento di identità in corso di validità,
- copia del codice fiscale,

_____
(luogo e data)

Il/la richiedente_____
(firma per esteso e leggibile)