Nome e Cognome

Email

Pec

telefono

All’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

UOC Gestione e Vigilanza delle Farmacie in Convenzione

prestazioni.farmaceutiche@pec.asptrapani.it

**OGGETTO**: RICHIESTA CERTIFICATO DI SERVIZIO

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’ordine dei farmacisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al num \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

un certificato attestante il servizio svolto con la specifica della qualifica rivestita.

Si chiede, inoltre che ogni comunicazione debba essere trasmessa al seguente indirizzo pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data

in fede

**Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì l’Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ai sensi dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679**

DATA FIRMA