



**ordine dei farmacisti**  
della **provincia di roma**

IO SOTTOSCRITTA/O \_\_\_\_\_

NATA/O A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

ISCRITTA/O AL NUMERO \_\_\_\_\_ DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DI ROMA

DICHIARO DI VOLER RINUNCIARE ALLA CASELLA PEC FORNITAMI DA QUEST'ORDINE E  
CHIEDO FORMALMENTE CHE IL SEGUENTE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

\_\_\_\_\_

VENGA DA VOI COMUNICATO ALL'INI-PEC.

ROMA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

DA INVIARE, COMPILATO IN STAMPATELLO, A MEZZO FAX AL NUMERO 06/44236339 O A MEZZO  
PEC: [ordinefarmacistiromapresidenza@pcert.postecert.it](mailto:ordinefarmacistiromapresidenza@pcert.postecert.it)