

DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE

NON OCCORRE RINNOVARE OGNI ANNO LA DOMANDA DI RIDUZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

codice fiscale _____ residente in Via _____

località _____ provincia _____ c.a.p. _____ telefono _____,

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di Treviso al n° _____

e-mail _____

*in merito all'attività lavorativa, **dichiara di essere:***

in stato di disoccupazione involontaria iscritto al Centro per l'Impiego (ALLEGRO CERTIFICAZIONE)

esercente attività professionale con rapporto di lavoro dipendente presso _____

○ a tempo indeterminato dal _____

○ a tempo determinato dal _____ al _____

pensionato Enpaf, non esercente attività professionale.

*pertanto **chiede:***

di versare la quota di iscrizione all'Ordine in misura ridotta

Dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt.13 e 14 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) [presente sul sito internet istituzionale.](#)

(data)

(firma)