

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a Il ___/___/_____

a _____ Pr (___) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ CAP _____ Pr (____)

in Via/Piazza _____ Nr _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____ @ _____

Documento d'identità (da allegare in copia alla presente):

() Carta d'Identità Rilasciata da _____ In Data ___/___/_____

() Patente Rilasciata da _____ In Data ___/___/_____

() Passaporto Rilasciato da _____ In Data ___/___/_____

Con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, si impegna a concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) con la società Aruba PEC ed il Partner Ordine dei Farmacisti di Palermo, ai termini ed alle condizioni indicate nelle "Condizioni Generali di Contratto" e nel "Manuale Operativo" disponibili alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Luogo _____ **Data** ___/___/_____ **Firma** _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 legge 196/2003 contenuta nelle Condizioni Generali di Contratto "Posta Elettronica Certificata" presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** ___/___/_____ **Firma** _____

Il presente modulo, compilato e con allegata copia del documento, dovrà essere presentato alla Segreteria dell'Ordine dei Farmacisti di Palermo o trasmesso a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo: info@ordinefarmacistipalermo.it

Importante

Tutti gli iscritti all'Albo professionale sono obbligati a possedere una casella di Posta Elettronica Certificata, indipendentemente dall'attività svolta.

In caso di cancellazione dall'Albo la pec verrà revocata a decorrere dalla data di cancellazione stessa.

Si consiglia, nel caso in cui si presentasse istanza di cancellazione, di procedere a scaricare il contenuto archiviato nella pec personale.