

SCHEDA PER RICERCA PERSONALE

FARMACIA _____

LOCALITA' _____

VIA _____

TITOLARE _____

TELEFONO _____

RICHIESTA _____

PERSONA DA CONTATTARE _____
(se diversa dal titolare)

DATA RICHIESTA _____

Concedo il consenso informato al trattamento dei dati ed alla divulgazione degli stessi alle persone interessate per un'eventuale instaurazione di un rapporto di lavoro.

Firma _____

**N.B. IL NOMINATIVO RIMARRA' INSERITO NEGLI ELENCHI DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DI MACERATA PER TRE MESI DALLA DATA DELLA RICHIESTA, SALVO SUCCESSIVA COMUNICAZIONE.
E' COMUNQUE GRADITA COMUNICAZIONE IN CASO DI ASSUNZIONE.**

Si concede inoltre il consenso informato al trattamento dei dati ed alla divulgazione degli stessi tramite inserimento sul sito ufficiale dell'Ordine dei Farmacisti, per le finalità di cui sopra

Firma _____

ALLEGARE: Fotocopia documento di identità
Num. fax: 0733 522328 e.mail: ordinefarmacistimc@tin.it