ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI LECCE
Via Francesco Scarpa 18 - 73100 Lecce - Telefono 0832/372253 - Fax 0832/372253
www.fofi.it/ordinele/ - E-Mail : ord.farm@clio.it - ordinefarmacistile@pec.fofi.it

Lecce, lì 02.02.2024

Protocollo n. 202400224

ASSOCIAZIONE REGIONALE FARMACISTI VOLONTARI E DI PROTEZIONE CIVILE PUGLIA

Si informano gli iscritti che in data 10 febbraio 2024 dalle ore 9,00 alle 13,00, in occasione della "Giornata di raccolta del farmaco", presso Piazza Mazzini in Lecce, sarà presente **l'Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia – sez. di Lecce**, al fine di sensibilizzare i cittadini circa l'importanza del Banco Farmaceutico.

Con l'occasione, si comunica che è possibile iscriversi all'Associazione Regionale Farmacisti Volontari presentando apposita domanda che si rimette in allegato alla presente.

La documentazione, debitamente compilata e sottoscritta, unitamente alla copia del bonifico attestante la quota di iscrizione di €. 20,00, dovrà essere inoltrata a mezzo email al seguente indirizzo: farmacisti.volpuglia@libero.it

Si segnala, inoltre, che la partecipazione ad eventi di volontariato svolti dai farmacisti italiani e, in particolare, quelli realizzati dal Banco Farmaceutico o **dall'Associazione Nazionale Farmacisti Volontari per la Protezione civile** comportano il riconoscimento di crediti formativi in autoformazione.

N.B. Per ottenere con l'Autoformazione i crediti ECM (si ricorda che, al momento, il limite massimo è quello del 20% dell'obbligo formativo individuale) è sufficiente accedere alla propria posizione personale sul sito Co.GE.A.P.S. ed utilizzare la specifica funzione, inserendo in maniera autonoma le richieste di riconoscimento.

Cordialmente

IL SEGRETARIO — IL PRESIDENTE

Dott.ssa Lucia Petracca — Dott. Domenico Di Tolla

Spett.le Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia
c/o Ordine Interprovinciale dei Farmacisti di Bari e BAT
Via Devitofrancesco 4/c- BARI

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO 2024

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott.

nata/o a il Codice Fiscale:
iscritta/o all'Albo dei Farmacisti dell'Ordine provinciale della Provincia di
(n° iscrizione:) e residente a (pr.)
In Via/Piazza CAP

CHIEDE

☐di essere ammessa/o a far parte dell'Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia in qualità di socio effettivo.

☐di essere ammessa/o a far parte dell'Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia in qualità di socio sostenitore.

Effettua versamento quota di Euro 20,00
sul c/c dell'Associazione IBAN IT38Y0526204000CC0241209184
(versamento effettuato in data / /)

A tal fine dichiara:

-di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione e di condividerne le finalità;

-di possedere le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per le attività dell'Associazione;

- di consentire all'Associazione di essere contattato ai seguenti recapiti:

1. domicilio:
2. email:
3. posta elettronica certificata:
4. Cell:
5. WhatsApp ☐SI ☐NO

Luogo e data Firma

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato a farmacisti.volpuglia@libero.it unitamente a copia del bonifico della quota di iscrizione

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato a farmacisti.volpuglia@libero.it unitamente a copia del bonifico della quota di iscrizione