

MODULO DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____ in _____

Via/P.zza _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____

C.A.P. _____

Numeri telefonici: Ab. _____ Osp. _____ Altro _____

Titolo di studio: _____

Diploma di Infermiere Professionale: conseguito il _____

Presso la Scuola di _____

Abitazione alle Funzioni Direttive e/o Master in Management: conseguito nell'anno _____

presso la Scuola/Università di _____

Specializzazioni: _____

Caposala/Coordinatore incaricato/a dal _____

di ruolo dal _____

Azienda/U.S.L. _____ P.O. _____

Regione _____

Divisione o Servizio: _____

Indirizzo: _____ n° _____ Comune _____

C.A.P. _____ Prov. _____

Nuovo iscritto: SI NO iscritto dal _____