



SCHEDA RICHIESTA ISCRIZIONE
A.I.S.O.
Associazione Infermieri Sala Operatoria ed Area Chirurgica

Rev. 0 del 15. 09.
20014

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Indirizzo Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell: _____

@ mail _____ Social network _____

Titolo di studio _____ Laurea inf. Diploma inf. anno _____

Univ. di _____ Master si no in _____

Laurea Specialistica si no Univ. _____

Codice Fiscale /_/

Dip. Pubblico C.dC. privata Libero Prof. altro _____

Sede lavoro _____ Servizio/Reparto _____

Rif. Lavoro tel. _____ fax. _____ mail _____

Indirizzo lavoro città _____ Via _____ n° _____

Conoscenza lingue straniere si no quali _____

Livello: alto medio scolastico computer si no sistema operativo _____

Sei interessato a collaborare con il direttivo A.I.S.O. in attività tecnico scientifiche si - no

Se si quali _____

fa **DOMANDA** di iscrizione all'Associazione A.I.S.O. per l'anno 2016

Data _____ Firma _____

Allegare alla richiesta ricevuta bonifico bancario di €25.00 ed inviare al fax o mail sotto riportate
- Il versamento va effettuato sul c.c. bancario n° 004961-
IBAN IT19 0060 5568 8740 0000 0004 961 della **BANCHE MARCHE** Filiale 016 Civitanova Marche AG. 3
Intestato ASS. A.I.S.O. - Via A. Gramsci, 20 - 62018 Porto Potenza Picena - (MC)

Via a. Gramsci, 20 – 62018 Porto Potenza Picena (MC) - Tel. 335 6796025 – fax 071 915085
www.aisoinfermieri.com - info@aisoinfermieri.com