



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

Rev. 1 del
03.12.2017

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.diC. privata Libero Prof. altro _____

Sede lavoro _____ Servizio/Reparto _____

Rif. Lavoro tel. _____ fax. _____ mail _____

Indirizzo lavoro città _____ Via _____ n° _____

Conoscenza lingue straniere sì no quali _____

Livello: alto medio scolastico computer sì no sistema operativo _____

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

Se si quali _____

Fa **domanda** di iscrizione o **rinnovo** all'Associazione A.I.S.O. per l'anno 2018

Data _____ Firma _____

Allegare alla richiesta ricevuta bonifico bancario di € **25.00** e inviare al fax o mail sotto riportate
- Il versamento va effettuato sul c.c. bancario n° 4961- QUI UBI Banca

IBAN **IT88S031116887300000004961** della Filiale Civitanova Marche
Intestato ASSOCIAZIONE A.I.S.O. - Via A. Gramsci, 20 - 62018 Porto Potenza Picena - (MC)