	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 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 o □ **rinnovo** all'Associazione A.I.S.O. per l'anno 2020

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 **IT88S0311168873000000004961** della Filiale Civitanova Marche
Intestato ASSOCIAZIONE A.I.S.O. - Via A. Gramsci, 20 - 62018 Porto Potenza Picena - (MC)

Via a. Gramsci, 20 – 62018 Porto Potenza Picena (MC) - Tel. 360 432200 / 335 6796025 – fax 070 / 852053
www.aisoinfermieri.com - info@aisoinfermieri.com