



Ordine delle Professioni Infermieristiche
di **Matera**

IO SOTTOSCRITTO/ANATO/A IL _____

IN _____ PROV.C.F.

RESIDENTE APROV.-----CAP-----

VIA _____ N _____ TEL-----

CELL _____

E-MAIL _____ -

PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)

ISCRITTO NELL'ALBO DI CODESTO ORDINE AL NDAL

ESERCIZIO ATTIVITÀ:

DIPENDENTE PUBBLICO PRIVATO

DENOMINAZIONE ENTE _____

LIBERO PROFESSIONISTA:

INDIVIDUALE ASSOCIATO

LOCALITÀ _____

CHIEDO

CHE LA CORRISPONDENZA MI VENGA TRASMESSA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

RESIDENZA DOMICILIO

VIA _____ N-----

CITTÀ _____ PROV.CAP

LUOGO E DATA

FIRMA LEGGIBILE

DA RESTITUIRE SOLLECITAMENTE ALLA SEGRETERIA

tramite fax 0835 331354 oppure via e-mail: info@opimatera.it

SI PREGA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE PREFERIBILMENTE A STAMPATELLO

N.B. LA MANCATA RESTITUZIONE E/O INCOMPLETA DICHIARAZIONE COSTITUISCE FATTO DISCIPLINARMENTE

RILEVANTE IN QUANTO GENERA DISSERVIZIO NELL'ANDAMENTO.