



**Studio associato  
Infermieristico**

**STUDIO ASSOCIATO** \_\_\_\_\_

Nome referente \_\_\_\_\_ N. iscrizione albo \_\_\_\_\_

Autorizzazione delibera n° \_\_\_\_\_ del Collegio di \_\_\_\_\_

Indirizzo: (indicare: Via, n° civico, Comune) \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**Ambulatorio  
Infermieristico**

**AMBULATORIO INFERMIERISTICO** \_\_\_\_\_

Nome referente \_\_\_\_\_ N. iscrizione albo \_\_\_\_\_

Indirizzo: (indicare: Via, n° civico, Comune) \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_



**Infermiere libero  
professionista**

**Infermiere** \_\_\_\_\_

(scegliere tra ) infermiere; Assistente sanitario; Infermiere pediatrico/VI

Iscrizione Albo infermieri n° \_\_\_\_\_

Indirizzo: (indicare: Via, n° civico, Comune) \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_