



AMBULATORIO  
INFERMIERISTICO

**AMBULATORIO INFERMIERISTICO**

Referente Infermiere : .....

**(SCEGLIERE TRA) Infermiere, Assistente Sanitario, Infermiere  
pediatrico/VI**

**Iscrizione Albo Professionale di ..... N.° .....del.....**

**Assistenza Infermieristica**

**Orari di apertura: da .....a.....**

**dalle ore.....alle ore.....**

**(OPZIONE) Riceve solo su appuntamento**

**Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune).....**

**N.° Telefonico.....**

**C. F. e/o P.IVA.....**

**Autorizzazione N.° del Comune di.....**