



STUDIO ASSOCIATO
INFERMIERISTICO

STUDIO INFERMIERISTICO ASSOCIATO.....

Infermiere e Associati

iscrizione all'Albo Professionale IP.AS.VI. di..... n°.....

Assistenza Infermieristica

SEDE DI INTERVENTO:

- **STRUTTURA PRIVATA**
- **STRUTTURA PUBBLICA**
- **A DOMICILIO**
- **AMBULATORIO**

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

N.° Telefonico.....

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

Autorizzazione N.° del Comune di.....