



**INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA**

Collegio Provinciale di Lucca

Scheda di iscrizione al Corso

(data)_____ (sede) _____

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ Codice Fiscale _____

Residenza: Via _____ N. _____ Loc. _____ Città _____

Iscrizione al Collegio IPASVI di _____ con il N. _____ di posizione

Recapiti telefonici: abit. _____ lavoro tel. _____

Fax _____ cell. _____ PEC _____

Luogo di lavoro _____

Attività professionale Libero professionista
 Dipendente pubblico
 Dipendente privato
 Dipendente convenzionato
 Privo di occupazione

data _____ firma _____

E' obbligatorio compilare tutti i campi, scrivendo in stampatello – Grazie