



SCHEDA ISCRIZIONE
CONSULTA GIOVANI OPI-AGRIGENTO
ANNO _____

AL CONSIGLIERE DELEGATO
CONSULTA GIOVANI OPI DI AGRIGENTO
OPIAG@PEC.INFERMIERIAG.IT

1 – Dati Anagrafici

Il sottoscritto/a _____ Nato a _____ Il _____
residenza _____ prov. |__|__|
indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____

2-Dati Professionali

Dipendente|__|
Libero professionista|__|
Studente universitario Infermieristica 3° anno|__|
Sede di appartenenza _____

CHIEDE

Di essere iscritto alla **Consulta Giovani dell'OPI di Agrigento**, l_ stess_ dichiara di aver preso visione del regolamento che disciplina il funzionamento della consulta e ne accetta le modalità in esso contenuto.

Agrigento..... **Firma**

SI PREGA DI INVIARE IL PRESENTE MODULO A MEZZO PEC ALL'INDIRIZZO EMAIL OPIAG@PEC.INFERMIERIAG.IT