

MODULO COMUNICAZIONE SEDE ATTIVITA' LAVORATIVA

Data di compilazione: _____

Io sottoscritto/a _____ nato il _____

residente in _____

professione infermiere infermiere pediatrico

iscritto al REGISTRO DEI NON RESIDENTI dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Repubblica di San Marino N° iscrizione _____

informo il Presidente di:

- svolgere l'attività professionale presso:** _____
 - tempo indeterminato
 - tempo determinato dal _____ al _____

- non svolgere attualmente attività professionale in nessuna struttura.**

NB In caso di aggiornamenti o modifiche a quanto sopra dichiarato, mi impegno a dare tempestiva comunicazione al Presidente OPISM inviando il modulo aggiornato a presidente@opisanmarino.sm.

(DD 6 GIUGNO 2022 n.88 Art. 8)

Cordiali saluti

Firma
