

(Bollo € 16,00)

Collegio IPASVI
Via Cintia, 51
02100 – Rieti

IL sottoscritto _____, nato a _____ (PR. _____)
il _____, residente a _____ (PR. _____) in Via _____,
n. _____ tel. _____

CHIEDE

il duplicato del tesserino di riconoscimento di iscrizione all'albo degli Infermieri Professionali di Rieti.

Alla presente allega la fotocopia della denuncia di _____,
attestazione del pagamento del contributo dell'anno in corso e una foto formato tessera.

Rieti,

Firma