

**Al Presidente
Dell' O.P.I.
della Provincia di Oristano
Via Carducci 9
09170 ORISTANO**

Il/La sottoscritto/a _____, cod. fisc. _____

Nato/a _____ il _____,

residente a _____ in via _____,

recapito telefonico _____ e-mail/pec _____.

n. iscrizione albo _____.

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco pubblico dei Liberi Professionisti autorizzati dall' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Oristano.

Il/La sottoscritto/a

Oristano, _____