



NOME COGNOME

NATO/A IL

CODICE FISCALE

RESIDENTE A VIA/PIAZZA

COMUNE PROVINCIA CAP

Compilare i campi riguardante il domicilio solo in caso sia diverso dalla residenza

DOMICILIATO A VIA/PIAZZA

COMUNE PROVINCIA CAP

TELEFONO CEL E-MAIL

PEC

N° ALBO

SEDE DI LAVORO:

OSPEDALE RSA TERRITORIO STRUTT. PRIVATE CONV. LIBERA PROFESSIONE

AREA DI LAVORO:

MEDICA CHIRURGICA MATERNO-INFANTILE AREA CRITICA

ALTRO(specificare)



FORMAZIONE:

TITOLI UNIVERSITARI (master 1° e 2° livello, laurea magistrale, dottorato, altre lauree...)

CORSI DI LINGUA: (inserire lingua e relativa certificazione)

1) 2) 3)

CORSI REGIONALI:

CORSI INFORMATICI:

CORSI DI MEDICINA COMPLEMENTARE:

ALTRO: (brevetti SUB, brevetti militari, protezione civile, brevetti vari)

Il seguente modulo dovrà essere compilato ed inviato **ENTRO il 25 GENNAIO** ai seguenti indirizzi:

PEC: prato@ipasvi.legalmail.it

E-MAIL: censimentoipasvipo@gmail.com

In alternativa i moduli possono essere inviati o consegnati presso la sede del collegio aperta nei seguenti orari:

Lunedì e Venerdì 15:00-18.00

Mercoledì 14.30-15.30