

**FAC SIMILE TARGA AMBULATORIO INFERMIERISTICO**



**AMBULATORIO INFERMIERISTICO**

**Studio Associato  
Infermieristico**

**Referente Infermiere .....**

**(scegliere tra) infermiere, Assistente sanitario, Infermiere pediatrico/VI**

**Iscrizione all'albo professionale IP.AS.VI di ..... n° ..... del.....**

**Assistenza infermieristica**

**Orari di apertura: da.....a .....**

**Dalle ore ..... alle ore .....  
(opzione) Riceve solo su appuntamento**

**Indirizzo: (indicare: Via, N. civico, Comune) .....**

**N° telefonico.....**

**C.F. / P.IVA.....**

**Autorizzazione n° ..... Del Comune di .....**