



**RICHIESTA AFFILIAZIONE SOCI
ORDINARI E OPERATIVI**
NUCLEO PROVINCIALE CIVES MACERATA



(scrivere in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

SESSO: M__ F__ CITTADINANZA _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO DI NASCITA _____

COD. FISC. _____

RESIDENZA: VIA _____ N° _____

CAP _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____

DOMICILIO: (coincide con la residenza?) _____

ATTIVITA' LAVORATIVA: LIBERO PROFESSIONISTA ____ DIPENDENTE ____ NON OCCUPATO ____

SEDE DI LAVORO _____ U.O. _____

E MAIL _____

PEC _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

SOCIO OPERATIVO _____ SOCIO ORDINARIO _____

NUMERO POSIZIONE OPI _____ ORDINE PROVINCIALE DI _____

AREE DI INTERVENTO

	SI	NO
COORDINAMENTO ATTIVITÀ OSPEDALIERE (DIREZIONE)		
COORDINAMENTO ATTIVITÀ TERRITORIALI (DIREZIONE)		
EMERGENZA E TERAPIA INTENSIVA OSPEDALIERA		
CENTRO USTIONI		
EMODIALISI		
UNITÀ SPINALE		
EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA (MEZZI DI SOCCORSO)		
ELISOCCORSO		
CENTRALE OPERATIVA 118		
AREA PEDIATRICA (EMERGENZA E TERAPIA INTENSIVA)		
AREA PEDIATRICA OSPEDALIERA		
AREA PEDIATRICA TERRITORIALE		
SANITÀ PUBBLICA / ASSISTENZA TERRITORIALE DI BASE		
AREA CHIRURGICA		
AREA CHIRURGICA (SALA OPERATORIA)		
AREA MEDICA		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
AREA DELLA SALUTE MENTALE		

CORSI CERTIFICATI

	SI	NO
PBLS		
BLSD		
PTC BASE		
PTC AVANZATO		
ALS O CALS		
CORSO BASE PROTEZIONE CIVILE		

ALTRO: _____

MACERATA, li ____/____/____

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE
