



ANIPIO

Società scientifica nazionale
infermieri specialisti
del rischio infettivo



Patto di collaborazione nella Rete Nazionale dei Collaboratori alle attività ANIPIO

Il/La Sottoscritto/a Cognome: _____ Nome: _____

nato/a a: _____ il: __/__/__

in qualità di: _____

in servizio presso: _____

Riconosco la Mission, la Vision e i meccanismi operativi della Rete Nazionale Collaboratori ANIPIO e mi impegno a perseguire gli obiettivi della Rete con etica, professionalità e responsabilità .

Data: __/__/__

Firma _____