

Ordine Provinciale  OPI OR	<b>COMUNICAZIONI INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE</b>	
----------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

**All'Ordine delle Professioni Infermieristiche di:** \_\_\_\_\_

Oggetto: Notifica inizio attività libero professionale

Con la presente il sottoscritto (i cui dati sono riportati di seguito) notifica l'inizio della attività libero professionale dal giorno \_\_\_\_\_:

### SCHEMA ANAGRAFICA

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Professione	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico
Specializzazioni	<input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/> Laurea specialistica <input type="checkbox"/> Master _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
N. iscrizione albo	
Iscritto all'Ordine	Ordine di _____ N. Iscrizione _____
Residenza	
N. Telefonico fisso *	
N. Cellulare *	
e-mail	
PEC (art. 16 c.7 D.L. 185/2008)	

### DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)

Attività Libero-professionale in forma SINGOLA tramite possesso di P. IVA individuale	n.° _____ - aperta il _____
ISCRIZIONE ENPAPI	Barrare con la crocetta (la voce di interesse): <input type="checkbox"/> SI Iscritto/a Enpapi dal giorno _____ n. matricola _____ <input type="checkbox"/> In attesa di iscrizione Enpapi (Inviata domanda iscrizione) il giorno _____ <input type="checkbox"/> NO Iscritto Enpapi
Recapito professionale ed indicazione dell'eventuale ambulatorio/studio	_____ _____ _____

**ALLEGA:**

- **Autocertificazione DI ATTRIBUZIONE DI PARTIVA IVA (allegata alla presente)**
- **Copia della DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL' ENPAPI**
- **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità**

Ai sensi del D.lgs 196/2003 Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento

Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Ordine Provinciale  OPI OR	<b>COMUNICAZIONE INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE</b>	
-------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

## Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione di possesso partita IVA

Io sottoscritto/a ..... nato/  
a ..... il.....  
con residenza nel Comune di .....  
Via ..... C.A.P. ....  
Prov. ....

Valendomi della disposizione di cui all'art. 46 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n.445/2000 consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità;

DICHIARO

di essere in possesso della seguente partita IVA: .....

luogo e data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile<sup>1</sup>)

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, L'O.P.I. di ..... che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 della normativa indicata, La informiamo che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali. Titolare del trattamento dei dati sarà ..... in qualità di presidente dell' O.P.I. di .....

<sup>1</sup> La firma non va autenticata, l'autocertificazione può essere presentata firmata con allegata la fotocopia del documento di identità in corso di validità da cui sia visibile la firma.