

Spett.  
Consiglio Direttivo dell'Ordine  
delle Professioni  
Infermieristiche  
Via Roma 17  
34132 Trieste

---

**Comunicazione di avvenuto inizio di esercizio della Libera Professione**

---

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_ Trieste

N. iscrizione Albo \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445), ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445,

**DICHIARA**

di aver iniziato ad esercitare la Professione di :

Infermiere

Infermiere pediatrico

in regime di Libera Professione in data \_\_\_\_\_

N. Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data apertura P.IVA \_\_\_\_\_

In forma individuale

Associazione tra professionisti

Studio associato

Specificare ragione sociale e sede legale in caso di Studio Associato o Associazione tra professionisti:

---

## CHIEDE INOLTRE

di ESSERE

di NON ESSERE

inserito nell'elenco speciale dei Liberi Professionisti iscritti all'OPI di Trieste, elenco pubblicato on-line sul sito dell'Ordine [www.opitrieste.it](http://www.opitrieste.it) e consegnato in forma cartacea ai cittadini/aziende che lo richiedono alla segreteria dell'Ordine.

IN CASO AFFERMATIVO COMPLETARE ANCHE I SEGUENTI CAMPI:

TELEFONO \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole di dover provvedere ad espletare tutti gli adempimenti obbligatori nei confronti di ENPAPI (informazioni reperibili sul sito istituzionale dell'Ente in questione [www.enpapi.it](http://www.enpapi.it)).

Ogni variazione all'esercizio della libera professione sarà tempestivamente comunicata all'Ordine.

Con osservanza.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del/la dipendente addetto/a, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del/la dichiarante, all'ufficio competente, tramite un/a incaricato/a, a mezzo posta, via fax oppure via posta elettronica. Qualora il presente modulo e la copia del documento di identità venissero inoltrati per posta elettronica (ordinaria o PEC) si prega, cortesemente, di inoltrare esclusivamente allegati scansionati in formato PDF.

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR n.2016/679 e del D. Lgs. n. 196/03 e loro modifiche ed integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

INVIARE VIA FAX 040.371244  
E-MAIL [segreteria@opitrieste.it](mailto:segreteria@opitrieste.it)  
PEC [trieste@cert.ordine-opi.it](mailto:trieste@cert.ordine-opi.it)

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.