

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 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).

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
PEC trieste@cert.ordine-opi.it

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