


<b>Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina</b>  Viale P.L. Nervi 228 04100 Latina LT 0773601367- Fax. 624633	<b>COMUNICAZIONE INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE</b>	
---	---	---

.....**All'Ordine delle professioni infermieristiche di Latina (OPI di Latina)**  
 .....**Viale P.L. Nervi 228**  
 .....**04100 Latina LT**

**Oggetto: Notifica attività libero-professionale.**

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

**SCHEDA ANAGRAFICA**

<b>Cognome e Nome</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Professione</b>	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico
<b>Specializzazioni</b>	<input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/> Laurea specialistica <input type="checkbox"/> Master in:..... <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>Iscritto OPI di Latina</b>	n. iscrizione .....
	Data iscrizione .....
<b>Iscritto altro Ordine Provinciale</b>	Ordine di ..... n. iscrizione .....
	Data iscrizione .....
<b>Residenza anagrafica</b>	Via /Piazza..... Città..... Prov..... Cap.....
<b>Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza anagrafica)</b>	Via..... Città..... Prov..... Cap.....
<b>N. Telefonico fisso</b>	.....
<b>N. Cellulare</b>	.....
<b>E-mail</b>	.....
<b>PEC (art. 16 c.7 D.L 185/2008)</b>	.....

**DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)**

<b>MODALITA' ESERCIZIO</b> <b>Attività Libero-professionale</b>	<b>Barrare con una <input checked="" type="checkbox"/> la casella di interesse</b> <input type="checkbox"/> In forma <b>SINGOLA</b> tramite possesso di P. IVA individuale:n.°..... aperta il .....
<b>ISCRIZIONE ENPAPI</b>	<b>Barrare con una <input checked="" type="checkbox"/> la casella di interesse:</b> <input type="checkbox"/> <b>Si Iscritto/a</b> Enpapi dal giorno .....n. matricola ..... <input type="checkbox"/> <b>In attesa di iscrizione Enpapi</b> , inviata domanda iscrizione il giorno ..... <input type="checkbox"/> <b>Da inviare</b> domanda di iscrizione all'Enpapi (entro <u>60gg</u> dall'inizio dell'attività libero professionale)
<b>Recapito professionale ed indicazione dell'eventuale ambulatorio/studio</b>	..... ..... ..... ..... .....

**BARRARE con una  la casella di interesse:**

**AUTORIZZA** ai sensi delle vigenti norme alla pubblicazione dei propri dati personali sul sito istituzionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Numero di telefono fisso \_\_\_\_\_ Numero Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

**NON AUTORIZZA** alla pubblicazione dei propri dati personali sul sito istituzionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina).

**Il sottoscritto si impegna, a comunicare tempestivamente ogni variazione dei riferimenti professionali o di natura fiscale, compresa l'eventuale cessazione dell'attività, all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina) entro 30 giorni dall'avvenuta modificazione.**

**Il/la sottoscritto/a prende atto altresì, che la notifica di inizio di attività libero-professionale avrà effetto nei termini di legge previsti a partire dal ricevimento della suddetta comunicazione.**

**Il presente modello è consegnato (indicare con una  la modalità prescelta):**

a mezzo consegna diretta alla segreteria dell'Ordine previa identificazione dell'iscritto;

**Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Latina**

Viale P.L. Nervi 228  
04100 Latina LT  
0773601367-  
Fax. 624366

**COMUNICAZIONI INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE**



a mezzo fax (0773624633);

a mezzo Pec (all'indirizzo PEC:latina@cert.ordine-opi.it).

**NB:** In caso di invio tramite **FAX o PEC** oppure di consegna allo sportello dell'Ordine da **persona diversa dal firmatario è obbligatorio allegare, a pena di irricevibilità, fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.**

A tal fine, pertanto si allega/no, (*indicare con una  i documento/i che si allega/no*):

- COPIA DEL CERTIFICATO DI ATTRIBUZIONE DI ATTRIBUZIONE PARTIVA IVA;**
- Copia della DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL' ENPAPI con ricevuta di spedizione della stessa in racc.ar;**
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (se trasmesso il presente comunicazione viene trasmessa a mezzo fax allo 0773624633 o PEC).**

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: l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina (OPI di Latina). – Via P.L. Nervi 228 cap. 04100 Latina).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_