


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

.....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

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 in:..... Altro
Iscritto OPI di Latina	n. iscrizione Data iscrizione
Iscritto altro Ordine Provinciale	Ordine di n. iscrizione Data iscrizione
Residenza anagrafica	Via /Piazza..... Città..... Prov..... Cap.....
Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza anagrafica)	Via..... Città..... Prov..... Cap.....
N. Telefonico fisso
N. Cellulare
E-mail
PEC (art. 16 c.7 D.L 185/2008)

DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)

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

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 _____