

____l____ sottoscritt ____ Cognome _____ Nome _____
data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____
Residente in via/Corso/Piazza _____ n. _____
Comune _____ Prov _____ Mail _____
Pec _____ Cell. _____ Tel. Fisso _____

iscritt _____ all'Albo Professionale degli:

- INFERMIERI**
 INFERMIERI PEDIATRICI

dell'OPI di Ancona con n. di iscrizione _____,

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o dichiarazioni mendaci sotto la sua personale responsabilità (art. 47 e 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA
(barrare le caselle che interessano)

di esercitare la libera professione:

- in **forma individuale** con la seguente Partita Iva _____ aperta il _____ ni
Regime: Agevolato Ordinario
- in **studio associato** con la seguente Partita Iva _____ aperta il _____
Denominazione dello Studio Associato _____
con il seguente indirizzo dello Studio (Via/Cap/Comune/Prov.) _____
_____ ,
- con le seguenti **società committenti** _____

- di essere iscritto/a all'ENPAPI** dal _____ con il seguente n. di iscrizione _____,
- di aver presentato la domanda di iscrizione **all'Enpapi** in data _____ e di attendere l'iscrizione all'Enpapi,
- AUTORIZZA l'OPI di Ancona al trattamento dei dati personali relativi alla mia persona in ottemperanza a quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016, dal D.Lgs. 196/2003.**

Data _____

Firma _____

Si allega copia Documento d'Identità.