

## COMUNICAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE

Al Presidente  
Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Treviso  
Via Sile, 17/B

31057 SILEA (TV)

1) Il/La sottoscritto/a

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Iscrizione ENPAPI n. \_\_\_\_\_ iscrizione OPI di Treviso n. \_\_\_\_\_

2) DICHIARA

di svolgere attività Libero Professionale con la seguente modalità di esercizio (spuntare la casella interessata):

- Come Autonomo individuale (P. IVA individuale) n. P. IVA \_\_\_\_\_
- Come Collaborazione (Co.Co.Co. / Co.Co.Co. Pro.)
- Come Socio di Studio Associato
- Come Socio di Cooperativa Sociale
- Società di Professionisti

3) Di essere stato autorizzato alla pubblicità sanitaria in data \_\_\_\_\_

Specificare \_\_\_\_\_

(esempio: biglietto da visita, brochure, targa, etc.)

4) Di avere preso visione delle informazioni fornite, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE n. 679/2016, sul trattamento di dati personali che potrà essere effettuato nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **Note per la compilazione del modulo**

- La compilazione delle parti 1) e 2) è obbligatoria;
- La parte 3) va compilata solo se si è stati autorizzati alla pubblicità sanitaria. La non compilazione di questa sezione sottintende **il non utilizzo di pubblicità.**
- Il presente modulo dovrà essere accompagnato dalla fotocopia di un documento di identità.

**Modalità di invio:** il modulo compilato, può essere consegnato personalmente all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Treviso oppure inviato PEC all'indirizzo [treviso@cert.ordine-opi.it](mailto:treviso@cert.ordine-opi.it).

**Variazioni:** Ogni variazione dei dati personali potrà essere effettuata in qualsiasi momento inviando un nuovo modulo rispettando la procedura sopra descritta.