

**ALL' ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BENEVENTO**  
**VIA CAGGIANO, 18**  
**82100 – BENEVENTO-**

**OGGETTO: Notifica inizio attività libero professionale.**

\_\_\_L\_\_\_ SOTTOSCRITT\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_

NAT\_\_\_ IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ (CITTA') \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Benevento dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_  
in regola con quanto previsto dalla normativa vigente circa le autorizzazioni necessarie all'esercizio  
della LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA, con la presente notifica **l'inizio della attività libero  
professionale** dal giorno \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n.445/2000 comunica inoltre che la sua situazione  
professionale è la seguente:

Iscritto all'ENPAPI:  SI dal \_\_\_\_\_ N. ISCRIZIONE \_\_\_\_\_  
 In attesa di iscrizione ENPAPI (Inviata domanda iscriz.) il giorno \_\_\_\_\_  
 NO

Numero partita IVA: \_\_\_\_\_ data assegnazione \_\_\_\_\_

Numero codice fiscale: \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE:**

Individuale     Rapporto collaborazione coordinata e continuativa     Socio cooperativa sociale

STUDIO ASSOCIATO, denominato: \_\_\_\_\_

Sito nel comune di: \_\_\_\_\_ in via: \_\_\_\_\_

Recapiti tel.: fisso \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ posta CERT.: \_\_\_\_\_

**Si allegano alla presente: - certificazione di attribuzione di partita IVA /autocertificazione;**

**- attestazione di iscrizione ENPAPI / copia domanda di iscrizione ENPAPI;**

**- copia del documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti del D. L. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 **AUTORIZZA** l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Benevento al trattamento dei propri dati personali.

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

N.B.: Consegnare a mano presso la sede oppure inviare a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo: [benevento@cert.ordine-opi.it](mailto:benevento@cert.ordine-opi.it)