

**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA**

VIA G. ZACCHERINI ALVISI, 15/B - 40138 BOLOGNA
TELEFONO 051. 393840 - FAX 051.344267
E-MAIL: info@opibo.it; bologna@cert.ordine-opi.it

Spett.le Consiglio Direttivo
Dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Bologna
Via G. Zaccherini Alvisi, 15/B
40138 BOLOGNA

Oggetto: Notifica inizio esercizio libera professione

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

Codice fiscale e residente a

in via n Cap

iscritto/a a codesto Albo Infermieri
 Assistenti Sanitari
 Infermieri Pediatrici al n.

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) **comunica, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445**, che dal/...../..... inizia a praticare l'attività infermieristica in regime libero professionale:

in forma individuale, con partita IVA (partita IVA n.)

in forma individuale con Co.Co.Pro.

in forma Associata, come socio di:

Associazione di professionisti (*specificarne la denominazione e la città in cui ha sede legale*)

Studio Professionale (*specificarne la denominazione e la città in cui ha sede legale*)

Cooperativa (*specificarne la denominazione e la città in cui ha sede legale*)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

Di svolgere l'attività libero professionale presso la/le seguente/i struttura/e.....

Di essere dipendente dell'ente (*specificarne la denominazione e la città in cui ha sede legale*)

..... e da esso autorizzato a svolgere la libera professione.

Ogni variazione all'esercizio della libera professione sarà tempestivamente comunicata all'Ordine.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente comunicazione **copia di un documento di identità in corso di validità.**

Con osservanza.

Data

Firma