



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Perugia

Spett.le OPI Perugia  
A mezzo Pec:  
perugia@cert.ordine-opi.it

Oggetto: **Notifica variazioni esercizio libera professione**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

iscritto/a all'/agli Albo/i:

- Infermieri al n. ....
- 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. \_\_\_\_\_)

con Co.Co.Pro. in forma associata, come socio di:

Associazione di professionisti (specificarne la denominazione e l'indirizzo in cui ha sede legale):

\_\_\_\_\_  
 Studio Professionale (specificarne la denominazione e l'indirizzo in cui ha sede legale):

\_\_\_\_\_  
 Cooperativa (specificarne la denominazione e l'indirizzo in cui ha sede legale):

\_\_\_\_\_  
Numero partita IVA associazione di professionisti/ studio professionale/ cooperativa:



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Perugia

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 a svolgere la libera professione. Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole di dover provvedere ad espletare tutti gli adempimenti obbligatori nei confronti di **ENPAPI** (informazioni reperibili sul sito istituzionale dell'Ente in questione). Ogni variazione all'esercizio della libera professione sarà tempestivamente comunicata all'Ordine.

Con osservanza.

Data .....

Firma .....

Allega copia del documento di identità:

- Carta identità n. \_\_\_\_\_

- Patente n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 e DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

In relazione all'Informativa Iscritti sul Trattamento dei Dati Personali da Lei messi a disposizione Dall'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PERUGIA all'interno del Sito istituzionale e nella bacheca degli uffici, si informa che questi verranno trattati per rispondere alle specifiche finalità connesse al presente documento; quindi, saranno utilizzati per dare seguito nello specifico alla sua *Istanza di notifica di inizio e/o variazione esercizio libera professione, come previsto dalla normativa vigente.*

Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi. Il materiale raccolto sarà utilizzato esclusivamente per le finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PERUGIA prestazioni o servizi strumentali alle finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali saranno trattati per il tempo necessario all'esecuzione delle finalità sopra indicate e verranno conservati per il tempo necessario o secondo termini di legge.

Diritti: accesso, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione dei dati personali trattati, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento.

Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PERUGIA con sede legale in Via Manzoni 82, 06135 Perugia (PG), nella persona del Presidente Volpi Nicola. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PERUGIA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine, oppure scrivendo una email all'indirizzo di posta elettronica [info@opiperugia.it](mailto:info@opiperugia.it).

Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PERUGIA è la società Quality Management S.r.l.s con sede legale in Piazza delle Fiere n.1 – 52029 Castiglion Fibocchi (AR). Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali è contattabile all'indirizzo e-mail [dpo@qmsrl.it](mailto:dpo@qmsrl.it)

### **Presenza visione dell'Informativa**

Nome e cognome	Firma leggibile