

MODULO COMUNICAZIONE CESSAZIONE LIBERA PROFESSIONE

Al Presidente
OPI Interprovinciale Firenze Pistoia
Via P. da Palestrina n. 11
50144 Firenze

Oggetto: Notifica termine esercizio libera professione

Il/la sottoscritto/a
nato/a.....il
iscritto a codesto Albo in qualità di **Infermiere** **Infermiere Pediatrico**
con posizione n.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 D.P.R 28 dicembre 2000, n.445, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai
sensi dell'art. 76 cod. penale

di aver **cessato l'attività di libero professionista** e di non essere più titolare della Partita Iva
n..... a decorrere dalla data

Data

Firma

Allegato: documento di riconoscimento

Informativa sulla privacy

Titolare del Trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia, Via P. da Palestrina n. 11 – Firenze – Tel.055 359866 – protocollo@opifipt.it nella persona del legale rappresentante pro-tempore
L'OPI Interprovinciale Firenze Pistoia tratta i Suoi dati ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg.to EU 2016/679 per finalità istituzionali, adempimenti contrattuali e obbligo di legge nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza.
I dati verranno trattati in modalità cartacea e su supporti informatici per adempiere alla richiesta da parte del libero professionista di parere preventivo relativo alla pubblicità sanitaria, saranno trattati da personale debitamente incaricato dal Titolare e non saranno diffusi.
i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.
In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 Reg.to EU 2016/679 e richiedere l'informativa estesa a protocollo@opifipt.it

Luogo e Data

Firma