



COMUNICAZIONI INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE

Il presente modulo può essere utilizzato per la comunicazione:

- di inizio o di cessazione dell'attività libero professionale
- dei dati acquisiti successivamente (N.iscr.ENPAPI, Polizza Assicurativa)
- delle variazioni relative ai dati professionali.

i campi si intendono obbligatori naturalmente se in possesso dei requisiti richiesti

- nel caso di Partita Iva individuale inviare in allegato copia del CERTIFICATO DI ATTRIBUZIONE rilasciato dall'Ufficio delle Entrate
- Se associati ad uno Studio o Cooperativa non riportare P.Iva degli stessi

Oggetto della comunicazione:

- ☐ inizio attività libero professionale (allegare certificato apertura)
- ☐ cessazione attività libero professionale (allegare certificato di cessazione)
- ☐ variazione dati di residenza, riferimento Tel., ecc.
- ☐ comunicazione riferimenti ENPAPI
- ☐ comunicazione riferimenti Polizza Assicurativa

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome		
Data di nascita		
Professione	☐ Infermiere ☐ Infermiere Pediatrico	
Specializzazioni	☐ Laurea Magistrale ☐ Master _____ ☐ Altro _____	
N. iscrizione albo		
Iscritto altro OPI	OPI di _____ N. Iscrizione _____	
Residenza		
N. Telefonico fisso *		Pubblicare: ☐ sì ☐ no
N. Cellulare *		Pubblicare: ☐ sì ☐ no
e-mail		Pubblicare: ☐ sì ☐ no

* NB: deve essere autorizzata la pubblicazione di almeno un numero di recapito telefonico per l'utenza.

DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)

Possesso di P. IVA individuale	n.
Associazione a uno Studio Professionale	Denominazione Studio
Associazione a una Cooperativa	Denominazione Cooperativa
Esercizio libero professionale in altra forma	Descrivere l'attività

ENPAPI (dati obbligatori)

N. di iscrizione a ENPAPI	dal
Iscrizione a ENPAPI in corso	☐ No ☐ Sì inviata il

POLIZZA ASSICURATIVA (dati obbligatori)



COMUNICAZIONI INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE

POLIZZA assicurativa (denominazione)

n.

dal

Sede di intervento

- ☐ Ospedale
- ☐ RSA
- ☐ Hospice
- ☐ Assistenza domiciliare
- ☐ Medicina del lavoro
- ☐ Ambulatorio Infermieristico

- ☐ Poliambulatorio
- ☐ Ambulatorio MMG/PLS
- ☐ Centro di formazione _____
- ☐ Università
- ☐ Altro (specificare)

Tipologia di intervento

- ☐ Assistenza infermieristica di base
- ☐ Assistenza infermieristica in area specialistica
- ☐ Consulenza in ambito socio sanitario e/o assistenziale (specificare)

- ☐ Informatore tecnico – scientifico

- ☐ Coordinamento e gestione dell'assistenza infermieristica
- ☐ Docenza
- ☐ Coordinamento di percorsi formativi
- ☐ Tutoraggio
- ☐ Direzione
- ☐ Altro (specificare)

Ambito territoriale di intervento

- ☐ Brescia città: distretto 1
- ☐ Brescia Ovest : distretto 2
- ☐ Brescia Est: distretto 3
- ☐ Valtrompia: distretto 4
- ☐ Sebino: distretto 5
- ☐ Monte Orfano: distretto 6
- ☐ Oglio ovest
- ☐ Bassa Bresciana Occidentale: distretto 8

- ☐ Bassa Bresciana Centrale: distretto 9
- ☐ Bassa Bresciana Orientale: distretto 10
- ☐ Basso Garda
- ☐ Alto Garda
- ☐ Vallesabbia: distretto 12
- ☐ Vallecamonica
- ☐ Altre Province (specificare)

- ☐ Altra Regione (specificare)

L'informativa privacy, ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679, è visibile dalla pagina dedicata alla libera professione sul sito web di Opi Brescia al seguente link

https://www.iswebcloud.it/download/allegati/214/2213612183210_OInformativaprivacyLP.pdf

Data _____

Firma per accettazione
