*Spett.le
OPI
Via Aldo Moro 38/E
23100 Sondrio*

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a aprov. il.....
residente aprov.cap.
in via N.
cittadinanzatelefono
e-mail P.E.C.

In possesso del Titolo di Abilitazione all'esercizio della Professione di

o Infermiere/a o Infermiere Pediatrico

iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio

al numero

DICHIARA

Che a decorrere dalha iniziato lo svolgimento della professione in regime autonomo, nella seguente forma:

- **Forma singola**
- **Studio associato**
- **In cooperativa sociale**
- **Altra forma (indicare)**

Allega fotocopia: carta d'identità in corso di validità e certificato apertura P.IVA.

Data,

Firma

Il trattamento dei dati è implicito nel consenso acquisito per l'iscrizione all'albo professionale ai sensi della normativa europea 2016/679 GDPR