

**MODULO DA COMPILARE PER  
CHI ESERCITA LIBERA PROFESSIONE**  
**Compilare in stampatello**

All'OPI di Milano – Lodi – Monza e Brianza

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Cognome                   |               |
| Nome                      |               |
| data di nascita           |               |
| luogo di nascita          |               |
| comune di residenza       | CAP           |
| Via                       | n.            |
| Email:                    |               |
| Email PEC                 |               |
| Recapiti Telefonici cell: | – abitazione: |

**Situazione professionale**

Indicare con una "X" il titolo di studio posseduto nella casella corrispondente:

- Infermiere                       Assistente Sanitario                       Infermiere Pediatrico

|                        |
|------------------------|
| Iscritto all'Ordine di |
| n° iscrizione          |

**Modalità di esercizio della libera professione:**

in forma individuale n. P.Iva \_\_\_\_\_ aperta il \_\_\_\_\_  
Regime             **agevolato**             **ordinario**  
 in studio associato n. P.Iva \_\_\_\_\_ aperta il \_\_\_\_\_  
Nome Studio Associato \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

in STP (Società tra professionisti) n. P.Iva \_\_\_\_\_  
aperta il \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| Società Committenti _____<br>_____<br>_____ |
|---|

**Iscrizione Enpapi**

dal \_\_\_\_\_ n. matricola \_\_\_\_\_

in attesa di iscrizione (inviata domanda di iscrizione il \_\_\_\_\_)

AUTORIZZA l'OPI di Milano, Lodi Monza e Brianza al trattamento dei dati personali relativi alla mia persona in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs.n. 196/2003.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_