



DOMANDA DI CANCELLAZIONE ALL' ELENCO SPECIALE DEGLI INFERMIERI CHE
ESERCITANO LA LIBERA PROFESSIONE

Il sottoscritto

COGNOME	
NOME	
ISCRIZIONE OPI N.	
CODICE FISCALE	
PARTIVA IVA (individuale o dello Studio Associato di appartenenza)	
RESIDENZA	
INDIRIZZO PEC	
LOCALITA' ATTIVITA' PROFESSIONALE	

Richiede la cancellazione dall'elenco speciale degli esercenti la libera professione dalla data del..... in quanto ho cessato di esercitare attività libero professionale:

- LIBERO PROFESSIONISTA AUTONOMO
 LIBERO PROFESSIONISTA STUDIO ASSOCIATO (indicare Studio)

.....

Data.....

Firma.....

Allegati:

- copia certificato di cessazione della Partiva iva, se posseduta

Il presente modello compilato in tutte le sue parti può essere recapitato all'Ordine:

- mezzo mail (segreteria@opicuneo.org)

- mezzo fax 0171/694663

- personalmente negli orari di apertura dell'ufficio