



**ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DI PADOVA**

COMUNICAZIONI INERENTI LA LIBERA PROFESSIONE

Il presente modulo va inviato via PEC a padova@cert.ordine-opi.it

01/01/2019

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	
Luogo e Data di nascita	
Professione	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico
Specializzazioni	<input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/> Laurea specialistica <input type="checkbox"/> Master _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
N. iscrizione albo	
Iscritto altro Ordine Prof.ni Inf.che	OPI _____ N. Iscrizione _____
Residenza	
N. Telef.fisso e cellulare	
e-mail	

DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)

Possesso di P. IVA individuale	n.° _____ Dal _____ (gg, mm,aa)
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	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì inviata il _____

POLIZZA ASSICURATIVA (dati obbligatori)

POLIZZA FNOPI	dal _____
Altra polizza (denominazione) _____	dal _____

Ambito prevalente delle esperienze professionali maturate:

<input type="checkbox"/> Area Anziani <input type="checkbox"/> Area Assistenza Domiciliare <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e dello Sport <input type="checkbox"/> Area Medica <input type="checkbox"/> Area Chirurgica <input type="checkbox"/> Area Polispecialistica	<input type="checkbox"/> Area Handicap <input type="checkbox"/> Ambulatorio MMG/PLS <input type="checkbox"/> Coordinamento e/o Formazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	--

Sede di intervento (attuale e/o futura)

<input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro <input type="checkbox"/> Ambulatorio Infermieristico	<input type="checkbox"/> Poliambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio MMG/PLS <input type="checkbox"/> Centro di formazione _____ <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
--	--

Tipologia di intervento

<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica di base <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica in area specialistica <input type="checkbox"/> Consulenza in ambito socio sanitario e/o assistenziale (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Informatore tecnico – scientifico	<input type="checkbox"/> Coordinamento e gestione dell'assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> Docenza <input type="checkbox"/> Coordinamento di percorsi formativi <input type="checkbox"/> Tutoraggio <input type="checkbox"/> Direzione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____
--	--

Ambito territoriale di intervento

_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Altre Province (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Altra Regione (specificare) _____
-------------------------	---

Ai sensi del D.lgs 196/2003 le informazioni fornite potranno essere utilizzate per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax, mezzo posta) dell'elenco dei Liberi Professionisti iscritti nell'Albo Professionale di OPI Padova. L'elenco potrà essere fornito ad Enti o Cittadini che ne facciano formale richiesta scritta e verrà pubblicato sul sito internet di OPI Padova. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una **richiesta scritta** al titolare del trattamento: OPI Padova, via G. Rossa 35 Roncaglia di Ponte san Nicolò Padova

Accenso alla pubblicazione dei dati: SI NO

Data _____ Firma per accettazione _____