



**Ordine delle professioni infermieristiche di Trapani**

via Convento San Francesco di Paola, 56 - 91016 Erice Casa Santa (TP)  
Tel. 0923/532103 – Fax. 0923/1982028 - e-mail: opitrapani@gmail.com  
PEC: opitrapani@arubapec.it

**Notifica Attività libero-Professionale**

Prot. n. _____
Data ____/____/____

**Egr. Sig. Presidente dell’OPI TRAPANI**  
via Convento S. Francesco di Paola, 56  
91016 – Erice Casa Santa (TP)

Oggetto: Notifica attività libero-professionale.

Con la presente il sottoscritto (i cui dati sono riportati di seguito) notifica l’inizio della attività libero professionale dal giorno \_\_\_\_\_:

**SCHEDA ANAGRAFICA**

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Professione	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/> Assistente sanitario
Specializzazioni	<input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/> Laurea specialistica <input type="checkbox"/> Master _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
N. iscrizione albo	
Iscritto altro O.P.I.	O.P.I. di _____ N. Iscrizione _____
Residenza	
N. Telefonico fisso	
N. Cellulare *	
e-mail	

PEC * (art. 16 c.7 D.L 185/2008)	
----------------------------------	--

**DATI PROFESSIONALI (dati obbligatori)**

Attività Liberoprofessionale in forma SINGOLA tramite possesto di P. IVA individuale	n.° _____ - aperta il _____
ISCRIZIONE ENPAPI	Barrare con la crocetta (la voce di interesse): <input type="checkbox"/> SI Iscritto/a Enpapi dal giorno _____ n. matricola _____ <input type="checkbox"/> In attesa di iscrizione Enpapi (Inviata domanda iscrizione) il giorno _____ <input type="checkbox"/> NO Iscritto Enpapi
Recapito professionale ed indicazione dell'eventuale ambulatorio/studio	_____

**ALLEGA:**

- **Autocertificazione DI ATTRIBUZIONE DI PARTIVA IVA (allegata alla presente pag. 3)**
- **Copia della DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL' ENPAPI**
- **Informativa sulla privacy firmata (allegata alla presente pag. 5);**
- **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione di possesso partita IVA

Io sottoscritto/a..... nato/a  
..... il..... con residenza  
nel Comune di ..... Via  
..... C.A.P.  
..... Prov. ....

Valendomi della disposizione di cui all'art. 46 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n.445/2000 consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità;

### DICHIARO

di essere in possesso della seguente partita IVA: ..... dal  
.....

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile )

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY  
AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003**

---

---

---

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Firmando la presente Lei dichiara di avere ricevuto l' informativa sulla Privacy, di averne preso visione e di autorizzare il Titolare al trattamento dei dati personali.

Erice \_\_\_\_\_

Il Titolare del trattamento

L' Interessato



**O.P.I.**  
**Ordine Professioni Infermieristiche**  
*Provincia di Trapani*  
*Presidente*  
*Filippo Impellizzeri*

---

**Consenso al trattamento dei dati sensibili (Art. 23, c.4 – D.lgs 196/2003)**

Apponendo la firma in calce Lei esprime il Suo consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Erice \_\_\_\_\_

Il Titolare del trattamento

L' Interessato



**O.P.I.**  
**Ordine Professioni Infermieristiche**  
*Provincia di Trapani*  
*Presidente*  
*Filippo Impellizzeri*

---

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DELL'ART.13 D.LGS.196/2003

La presente informativa Le viene consegnata in ottemperanza all'art.13 del Decreto Legislativo 196/2003.  
I dati da Lei forniti verranno trattati ai fini dello svolgimento dei seguenti compiti istituzionali:

### Funzioni istituzionali

Tutela per la professionalità degli infermieri professionali e tenuta degli albi dei professionisti

Il trattamento dei dati si svolgerà nel pieno rispetto delle libertà fondamentali senza ledere la Sua riservatezza e la Sua dignità, adottando sempre principi ispirati alla correttezza, liceità, trasparenza, necessità e pertinenza.

Per il trattamento dei suoi dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati.

I dati trattati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici o a soggetti privati nei limiti previsti da leggi o da regolamento e potranno venire a conoscenza i Dirigenti/Responsabili degli Uffici nella loro qualità di responsabili del trattamento nonché i dipendenti e collaboratori anche esterni dell'ente quali incaricati del trattamento;

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo e l'ente segnala espressamente i casi in cui i dati devono essere obbligatoriamente conferiti.

Il Titolare del trattamento dei dati è Filippo Impellizzeri

I dati da Lei forniti verranno trattati nella/e sede/i

Luogo del trattamento	Responsabile del trattamento
Via Convento S. F.sco di Paola, 56 – Erice Casa Santa	Salvatore Colomba

In qualità di interessato in ogni momento Lei potrà fare valere tutti i diritti garantiti dall' art.7 del D.lgs.196/2003 inoltrando apposita richiesta.

\*\*\*\*\*

### **Art.7 – D.Lgs 196/2003 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione :
  - a. Dell'origine dei dati personali;
  - b. Delle finalità e modalità del trattamento;
  - c. Della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d. Degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art.5, comma 2;
  - e. Dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere :
  - a. L'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b. La cancellazione la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; L'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a e b sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro i quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione