

All'OPI – Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Prato
Via A. Alfani, 1
59100 PRATO PO
Tel. e fax 0574/29307

NOTIFICA CESSAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via/piazza _____ n° _____

Telefono _____ / _____ e-mail _____

Indirizzo di PEC _____

ISCRIZIONE ALL'OPI di Prato N° _____

in qualità di _____

con la presente, notifica la cessazione dell'attività libero professionale dal giorno _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, consapevole delle previste sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace, **DICHIARA:**

DI NON ESSERE PIU' TITOLARE della partita IVA n° _____

DI NON ESSERE PIU' ASSOCIATO allo Studio _____

Allega:
copia documento di riconoscimento in corso di validità

Data _____

(Firma leggibile)