

All'OPI – Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Livorno
Scali Manzoni 19,
57126 Livorno LI
Tel. 0586/895430

NOTIFICA CESSAZIONE ATTIVITA' DI LIBERA PROFESSIONE

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
via/piazza _____ n° _____
telefono _____ / _____ e-mail _____
indirizzo PEC _____
N° DI ISCRIZIONE ALL'OPI DI LIVORNO _____

In qualità di _____

Con la presente, notifica la cessazione dell'attività di libera professione 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)