

**MODULO DA COMPILARE PER  
CHI ESERCITA LIBERA PROFESSIONE**

**Compilare in stampatello**

Al Collegio IPASVI della provincia di Milano – Lodi – Monza e Brianza

Cognome	
Nome	
data di nascita	
luogo di nascita	
comune di residenza	CAP
Via	n.
Email:	
Email PEC	

**Situazione professionale**

Indicare con una "X" il titolo di studio posseduto nella casella corrispondente:

- Infermiere
  Assistente Sanitario
  Infermiere Pediatrico

Iscritto all'albo di
n° iscrizione

**Modalità di esercizio della libera professione:**

- in forma individuale n. P.Iva \_\_\_\_\_ aperta il \_\_\_\_\_

Regime  **agevolato**  **ordinario**  
\*\*\*\*\*

- in studio associato n. P.Iva \_\_\_\_\_ aperta il \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

- in STP (Società tra professionisti) n. P.Iva \_\_\_\_\_  
 aperta il \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

Società Committenti  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Iscrizione Enpapi**

- dal \_\_\_\_\_ n. matricola \_\_\_\_\_

- in attesa di iscrizione (inviata domanda di iscrizione il \_\_\_\_\_)

- AUTORIZZA il Collegio IPASVI di Milano, Lodi Monza e Brianza al trattamento dei dati personali relativi alla mia persona in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs.n. 196/2003.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_