

Luogo e data _____

All' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca

Via Viaccia I 140 S. Anna - Lucca

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ e residente in _____

recapito telefonico _____,

DICHIARA

di NON SVOLGERE attualmente la libera professione infermieristica, svolta in passato

nella seguente forma _____

(indicare P.IVA singola, studio associato, cooperativa, CoCoCo)

con cessazione in data _____.

Dichiara inoltre di essere ISCRITTO/A

NON ISCRITTO/A

all'ENPAPI (barrare il quadratino accanto all'opzione scelta).

In fede

firma _____