

**COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI E VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI LATINA
VIALE P.L. NERVI 228 SCALA P -04100 LATINA (LT)
TELEFONO 0773601367 - FAX 624633**

Al Presidente del Collegio Ipasvi di Latina
Viale P.L. Nervi 228 scala P
04100 LATINA

Oggetto: Notifica termine esercizio libera professione

Il/la sottoscritto/a

nato/a.....il

iscritto a codesto Albo in qualità di al n. comunica

che dal giorno termina l'attività di libero professionista. A

Tal proposito

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 D.P.R 28 dicembre 2000, n.445, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai
sensi dell'art. 76 cod. penale

(si prega di barrare solo la casella d'interesse)

- Di Non essere più titolare della Partita Iva n.....;
- Di AVER terminato il contratto di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto presso la Struttura (ragione sociale):.....

Data

Firma

Ai sensi e per gli effetti del disposto dal D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 la sottoscrizione del presente modello autorizza al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità ivi indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art. 7 del succitato Decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi presso la segretaria del Collegio Ipasvi di Latina, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore (Maurizio VARGIU), in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per effetti della vigente normativa in materia.

Data e luogo.....

Firma

(La firma non va autenticata, ne' deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato)

Allega documento di riconoscimento