

**MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**



Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a Il ____/____/____ A _____ Pr (____)
Cod.Fisc. _____ Residente a _____
C.A.P. _____ Pr. (____) In Via/Piazza _____ Nr. _____
Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____
E-Mail _____@_____

Documento di identità (da allegare alla presente):

- Passaporto
- Patente di Guida
- Carta d' Identità

Numero Documento _____ Rilasciato da _____
In Data ____/____/____

**DA COMPILARSI SOLO IN CASO DI LIBERO PROFESSIONISTA/AMBULATORIO/STUDIO
ASSOCIATO O INDIVIDUALE:**

Libero Professionista P. Iva _____, con sede in _____
C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____
Legale Rappresentante della Società/Ente/Associazione/Ditta Individuale denominata:
_____ Cod.Fisc. /P. Iva _____
con sede in _____
C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

Con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), dichiara, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri,

RICHIEDE

L'attivazione della **email PEC offerta dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di L'Aquila.**

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma _____

Il presente modulo di richiesta insieme alla fotocopia di un documento di riconoscimento, può essere inviato via fax al **0862/318427 o via mail a **segretario@opiaq.it** o **consegnato di persona** in Segreteria negli orari di apertura al pubblico.**