



Al Presidente dell'Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Pescara

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_

**dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000**

di essere nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ e di essere residente  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel/cell \_\_\_\_\_ di essere cittadino \_\_\_\_\_ e di godere dei  
diritti civili. Di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
il titolo di studio in \_\_\_\_\_. Di essere iscritta al su citato Ordine Professionale.

Di avere il proprio domicilio professionale in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Partita IVA n° \_\_\_\_\_  
In rappresentanza dello studio associato \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il Nulla Osta e l'autorizzazione per la comunicazione e la pubblicità sanitaria per i seguenti interventi:

*Barrare con (x)*

- Targa ed esposizione della stessa nel comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_
- Bigliettini da visita
- Carta intestata
- Timbro
- Sito internet

Si allegano copie fac simile inerenti la richiesta

Si allega Codice Fiscale e Documento d'Identità in corso di validità

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



# AMBULATORIO INFERMIERISTICO

---

**infermiere**

Orari:

Autorizzazione OPI Pescara n°

Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n°

del



# AMBULATORIO INFERMIERISTICO

---

dott. Mario Rossi  
infermiere  
*specializzato in cure territoriali*

Orari: Lunedì  
Martedì  
Mercoledì  
Giovedì  
Venerdì  
Sabato  
Domenica



**infermiere**

Autorizzazione OPI Pescara n°

Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n°

del



## **ESEMPIO DI COMPILAZIONE**

**Mario Rossi**  
**infermiere**

*Specializzato in cure territoriali*

Tel. 085.00.00.00

E-mail [mariorossi@mariorossi.it](mailto:mariorossi@mariorossi.it)

P.Iva 0555539938

via marione, 20

Pescara (ta)



## Studio Associato

Autorizzazione OPI Pescara n°

Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n°

del