

**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@ipasviaq.it** o **consegnato di persona** in Segreteria negli orari di apertura al pubblico.**