

Richiesta di abilitazione PIN Azienda - Datore di lavoro

Io sottoscritto

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
TELEFONO		CELLULARE*	
EMAIL*		P. E. C.*	
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO		NUMERO	
RILASCIATO DA		SCADENZA	

in qualità di:

- legale rappresentante datore di lavoro persona fisica

dell'Azienda _____ Codice Fiscale _____

CHIEDO l'abilitazione ai seguenti servizi telematici dell'INPS: (spuntare tutti i servizi/profilari richiesti)

- Gestione contributiva Azienda con dipendenti
 Malattia: Consultazione attestati Richiesta visita medica di controllo

RICONOSCO che l'utilizzo del PIN è strettamente personale e non delegabile e che tutte le richieste di consultazione e/o inoltro di dati per via telematica, effettuate mediante l'utilizzo del PIN, saranno imputate a me medesimo, esclusa ogni eccezione per qualsiasi uso improprio o delegato, anche in relazione ad eventuali responsabilità civili e penali.

ALLEGO copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____ Firma del richiedente _____

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto in data _____

il codice PIN nella busta n° _____ per l'accesso ai servizi telematici.

Firma _____

Nel rispetto dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003, l'INPS la informa che i dati personali forniti saranno utilizzati per l'assegnazione del PIN e lo svolgimento di eventuali altre funzioni istituzionali. Il trattamento dei dati, anche mediante l'ausilio di strumenti elettronici, avverrà ad opera di dipendenti dell'Istituto incaricati ed istruiti, pure nel caso di eventuale comunicazione a terzi. Sono riconosciuti i diritti previsti dagli artt. 7 e ss. del citato d.lgs., rivolgendosi al Direttore della struttura che ha rilasciato il PIN.

* È obbligatorio inserire almeno un contatto tra cellulare, email, PEC. Indicando due tra questi recapiti si può usare, in caso di smarrimento, la procedura online di ripristino PIN.