

Richiesta di abilitazione PIN Azienda - Dipendente privato o pubblico o Subdelegato di intermediari

Io sottoscritto

COGNOME	MUSTERMANN	NOME	MAX
CODICE FISCALE	M S T M X A 7 9 E 1 7 A 9 5 2 N	NATO/A IL GG/MM/AAAA	17/05/1979
A	BOZEN	PROV.	BZ
TELEFONO	0471234567	CELLULARE*	
EMAIL*	max.mustermann@schule.suedtirol.it	P. E. C.*	PEC der Schule
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO	PERSONAL AUSWEIS	NUMERO	AB123456
RILASCIATO DA	GEMEINDE BOZEN	SCADENZA	13/12/2018

DICHIARO ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000, di essere:

- ☒ dipendente di un datore di lavoro e da questi delegato allo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'INPS
- ☐ dipendente di un intermediario abilitato ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 4, della legge n. 12/1979, da questi sub-delegato ad operare in nome e per conto dei datori di lavoro deleganti.

CHIEDO l'abilitazione ai seguenti servizi telematici dell'INPS: (spuntare tutti i servizi/profili 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 15/02/2018

Firma del richiedente

Max Mustermann

Io sottoscritto NAME DER SCHULFUEHRUNGSKRAFT Codice fiscale S F K S F K 5 0 A 1 8 A 9 5 2 N, in qualità di Datore di lavoro del richiedente, legale rappresentante, o soggetto da questi delegato / incaricato, dell'Azienda PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO Codice Fiscale 00390090215, AUTORIZZO la concessione delle abilitazioni richieste e allego copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data 15/02/2018

Firma

Schulfuhrungskraft

Io sottoscritto MUSTERMANN MAX 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.