

Alla Sede INAIL di _____
PEC: _____ @ _____
E-MAIL _____ @ _____

OGGETTO: Richiesta di attribuzione "codice medico" e di abilitazione ai servizi on line INAIL per i medici esterni.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
(cognome e nome del richiedente) (luogo di nascita)
il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N _____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)
CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale del richiedente) (facoltativo)
Cell. _____ PEC _____ @ _____
(obbligatorio) (obbligatorio)
E-MAIL _____ @ _____
(facoltativo)

CHIEDE

l'attribuzione del "codice medico" e l'abilitazione all'accesso ai servizi disponibili nella sezione "Servizi online" del portale www.inail.it.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 per le false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____ al n. _____.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla competente Sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinata l'attribuzione del codice.

Allega alla presente domanda copia del documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

Firma _____
(firma per esteso e leggibile)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati dall'INAIL, anche con strumenti elettronici, per scopi strettamente correlati alle proprie funzioni istituzionali, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge.

Data _____ Firma _____