



All'Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Agenzia di _____

Richiesta di abilitazione ai servizi telematici

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____/_____/_____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____/_____/_____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere Medico Chirurgo iscritto all'ordine provinciale di _____, tessera n. _____, e chiede l'assegnazione di un codice PIN per la compilazione e la trasmissione telematica dei certificati medici dei propri assistiti nell'ambito del nuovo procedimento dell'invalidità civile, di cui all'art. 20 del D.L. n. 78 del 2009 convertito nella legge n. 102 del 2009.

Il richiedente riconosce che l'utilizzo del PIN è strettamente personale e non delegabile; dichiara inoltre che tutte le richieste di consultazione e/o inoltro di dati per via telematica all'INPS effettuate mediante l'utilizzo del PIN saranno imputate al richiedente esclusa ogni eccezione per qualsiasi uso improprio o delegato del PIN.

Il richiedente assume altresì l'impegno di comunicare tempestivamente all'INPS, Direzione provinciale di _____, ogni evento che incida sulla persistenza del suo status professionale (cancellazione, sospensione dall'Ordine, ecc.), in virtù del quale l'INPS ha concesso l'abilitazione di cui sopra.

_____, li ____/____/_____

Il Richiedente

Secondo il Dlgs n. 196/2003, tutti i dati dichiarati e destinati all'Istituto sono di natura privata. L'Istituto si impegna a trattarli nel pieno rispetto delle norme.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto in data ____/____/_____ il codice PIN N° _____ per l'accesso ai servizi telematici dell'INPS.

Il Richiedente
