



Richiesta di rilascio PIN per la certificazione di invalidità civile

ALL'UFFICIO INPS DI _____

Il sottoscritto:

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____ NUMERO _____

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 _____