

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](http://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 \_\_\_\_\_