INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

PROTOCOLLO

mod. rich. PIN Consulente
COD. SC64

Richiesta assegnazione "PIN" intermediario abilitato - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME | NOME

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

A | PROV. | SESSO M F

RESIDENTE IN | PROV.

INDIRIZZO | CAP

TELEFONO | CELLULARE

FAX | INDIRIZZO E-MAIL

- ○ Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000, di essere iscritto all'Albo dei consulenti del lavoro.
- ○ Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000, di essere iscritto al seguente albo:
  - ○ degli avvocati
  - ○ dei dottori commercialisti e degli esperti contabili

  e di aver comunicato l'intenzione di svolgere attività ai sensi della legge 12/1979 alla direzione provinciale del lavoro di _ in data _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ○ Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, di essere iscritto:
  - ○ al Collegio degli Agrotecnici e degli Agrotecnici Laureati di _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
  - ○ al Collegio dei Periti Agrari e dei Periti Agrari Laureati di _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

● **Allegare fotocopia del documento**

Tipo documento _ Numero _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Scadenza _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Rilasciato da _

Il codice Pin è strettamente riservato e personale. Non dovrà essere trascritto in alcun documento affinché nessun altro possa avvalersene. Nel merito si rammentano le disposizioni applicabili, in ordine alle responsabilità civili e penali, espressamente contemplate nel Codice Civile e nella sezione III del Codice di Procedura Penale.

Data _ _ _ _ _ _ _ _ _

Firma _

Richiesta assegnazione "PIN" intermediario abilitato - 2/2

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ firma _

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L' Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.
Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.
I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.
Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.
L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell' agenzia stessa.

- Riservato INPS

N° busta PIN _

Operatore _

Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Firma _