

MODULO DI RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a Dott.....

Nato/a ail.....

CHIEDE

(barrare e completare le voci che interessano)

Abilitazione all'invio dei certificati medici on-line

Nome.....

Cognome.....

Codice fiscale.....

Codice fornitore INAIL.....

Codice fornitore INAIL (qualora non sia già registrato come fornitore INAIL)

Nome.....

Cognome.....

Data di nascita.....

Luogo di nascita.....

Codice fiscale.....

Residenza.....

Indirizzo.....

Tel.....

e-mail.....

Forma di pagamento:

Assegno circolare;

Conto corrente bancario: ABI.....CAB.....C/C.....

Codice IBAN

➤ **Allega alla presente copia del tesserino di iscrizione all'ordine professionale**

Il/La sottoscritto/a....., è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

.....

IL/LA DICHIARANTE

.....