

Alla sede Inail di _____

Pec _____

Email _____

OGGETTO: Richiesta di attribuzione "codice medico" e di abilitazione ai servizi online Inail per i medici esterni.

Il sottoscritto _____ Nato a _____ Prov. _____

Il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ N. _____ Cap _____

Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell. * _____

Pec * _____ Email _____

CHIEDE

L'attribuzione del "codice medico" e l'abilitazione all'accesso ai servizi disponibili nella sezione "Servizi online" del portale 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 sottoscritto 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 _____

* Campo obbligatorio

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > [privacy](#)