

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



PROTOCOLLO

Rich. PIN Medici  
COD. AP69**Richiesta di rilascio PIN per la certificazione di:**

- Invalidità civile
- Invalidità pensionabile
- Cure termali

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 \_\_\_\_\_, con numero di iscrizione all'ordine \_\_\_\_\_, e chiede l'assegnazione di un codice PIN per la compilazione e la trasmissione telematica dei certificati medici dei propri assistiti nell'ambito di:

- Nuovo procedimento dell'invalidità civile, di cui all'art.20 del D.L. n. 78 del 2009 convertito nella legge n. 102 del 2009
- Invalidità pensionabile (Legge 12 giugno 1984 n. 222)
- Cure termali (R.D.L. 4 ottobre 1935 n. 1827 - D.M. 15 dicembre 1994 e succ. modifiche).

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 \_\_\_\_\_

**I dati personali conferiti verranno trattati secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003** ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto in data \_\_\_\_\_ il codice PIN N° \_\_\_\_\_ per l'accesso ai servizi telematici dell'INPS.

Il Richiedente \_\_\_\_\_