INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

PROTOCOLLO

Mod. AbilPassWeb_PAssic
**COD. RA011**

# Richiesta di abilitazione ai servizi telematici - Gestione Dipendenti Pubblici: PassWeb-Posizione Assicurativa

Il modulo, debitamente compilato e sottoscritto, corredato dai documenti di riconoscimento dei firmatari, va scansito e inviato all'indirizzo PEC: **AbilitazioneEnti.GestionePubblica@postacert.inps.gov.it** della Direzione centrale Entrate e Recupero crediti.

Io sottoscritto

COGNOME ____ NOME ____
CODICE FISCALE ____ NATO/A IL GG/MM/AAAA ____
A ____ PROV. ____
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ____ NUMERO ____
RILASCIATO DA ____ SCADENZA ____

- **DICHIARO** di essere già in possesso:
  - ○ PIN dispositivo  ○ SPID (almeno di Livello 2)  ○ CNS (Carta Nazionale dei Servizi)

  e che le notizie da me fornite rispondono a verità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (artt. 46, 47, 71, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

- **CHIEDO** l'abilitazione al seguente servizio telematico dell'Inps (spuntare il profilo richiesto)

  PassWeb-Posizione Assicurativa: ○ Profilo esecutore ○ Profilo certificatore

- **RICONOSCO** che l'utilizzo del PIN è strettamente personale e non delegabile e che tutte le richieste di consultazione e/o inoltro di dati per via telematica, effettuate mediante l'utilizzo del PIN, saranno imputate a me medesimo, esclusa ogni eccezione per qualsiasi uso improprio o delegato, anche in relazione ad eventuali responsabilità civili e penali.

- **ALLEGO** copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _ _ _ _ _ _ _        Firma del richiedente _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Io sottoscritto

Cognome _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Nome _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ,

in qualità di:

○ **Legale Rappresentante**

○ **facente funzioni del Legale Rappresentante**

dell'Amministrazione/Ente _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (indicare la denominazione)

Codice Fiscale |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|        Progressivo |_ _|_ _|_ _|_ _|_ _|

- **AUTORIZZO** la concessione dell'abilitazione al richiedente.
- **ALLEGO** copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _ _ _ _ _ _ _        Firma del Legale Rappresentante/facente funzioni_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Nel rispetto dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003, l'INPS la informa che i dati personali forniti saranno utilizzati per l'assegnazione del PIN e lo svolgimento di eventuali altre funzioni istituzionali. Il trattamento dei dati, anche mediante l'ausilio di strumenti elettronici, avverrà ad opera di dipendenti dell'Istituto incaricati ed istruiti, pure nel caso di eventuale comunicazione a terzi. Sono riconosciuti i diritti previsti dagli artt. 7 e ss. del citato d.lgs., rivolgendosi al Direttore della struttura che ha rilasciato il PIN.