



Alla Sede di _____

Variatione legale rappresentante di CAF imprese

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche

Io sottoscritto/a

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	SESSO (M o F)	<input type="text"/>
NATO A (Comune o Stato Estero)	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
NAZIONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>
PEC	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>
N° DI TELEFONO	<input type="text"/>		
N° DI TELEFONO CELLULARE	<input type="text"/>		

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

in qualità di legale rappresentante del seguente CAF imprese:

RAGIONE SOCIALE	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>
codice ditta:	<input type="text"/>

chiedo

l'abilitazione ai servizi di Punto Cliente in sostituzione del precedente legale rappresentante, identificato dai seguenti dati:

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	SESSO (M o F)	<input type="text"/>
NATO A (Comune o Stato Estero)	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
NAZIONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>
PEC	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>
N° DI TELEFONO	<input type="text"/>		

Mi impegno a comunicare tempestivamente a sistema qualsiasi variazione relativa ai dati sopra esposti.

Luogo e data

Firma leggibile

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, se l'istanza non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. N.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

L'INAIL, con sede in Roma, piazzale G. Pastore, 6 , in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, indicati nel presente modulo, saranno trattati nel rispetto delle previsioni di legge, per finalità strettamente connesse e strumentali alla fruizione dei servizi on-line erogati nel sito dell'Istituto. Il trattamento dei dati personali avverrà anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del personale INAIL o di altri soggetti che forniscono specifici servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Istituto stesso. Il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi sanciti dall'art. 11 del d.lgs. 196/2003. Il conferimento dei dati è indispensabile per la fruizione del servizio richiesto.

L'INAIL la informa che potrà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice rivolgendosi direttamente al Direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda.