

**Scheda di richiesta abilitazione all'utilizzo del software  
di data entry del Sistema MalProf**

Azienda/Ente: *	
Cognome: *	
Nome: *	
Codice fiscale: *	
Livello di accesso: * #	
Telefono: *	
Fax:	
Indirizzo email: *	
Referente Regionale per il Coordinamento Nazionale Malprof: *	
Firma Referente Regionale per il Coordinamento Nazionale Malprof: *	_____
*: informazione da indicare obbligatoriamente	
#: indicare uno fra i seguenti livelli di accesso:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Utente <b>Regionale</b> (lettura/modifica/download di tutti i dati della Regione);</li><li>• Utente <b>ASL</b> (lettura/modifica/download di tutti i dati della ASL);</li><li>• Utente <b>zona ASL</b> (<u>inserimento</u>/lettura/modifica/download di tutti i dati della zona ASL)</li></ul>	
Compilare la scheda ed inviarla agli indirizzi: <a href="mailto:f.cosimi@inail.it">f.cosimi@inail.it</a> , <a href="mailto:p.montanari@inail.it">p.montanari@inail.it</a> , <a href="mailto:a.leva@inail.it">a.leva@inail.it</a> , <a href="mailto:d.desantis@inail.it">d.desantis@inail.it</a>	
Comunicazione dell'avvenuta attivazione dell'utente verrà fornita al Ref. Regionale di competenza	

**MODULO DA INVIARE COMPILATO, DOPO LA REGISTRAZIONE DELL'UTENTE AL  
PORTALE INAIL CON CREDENZIALI DISPOSITIVE** (di seguito link per la registrazione)

<https://www.inail.it/cs/internet/accedi-ai-servizi-online/registrazione/registrazione-utente-con-credenziali-dispositive.html>