



Alla Sede di _____

Variatione del professionista che assiste il Consorzio di società cooperative, il Consorzio di imprese di pesca, la Cooperativa di imprese di pesca

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

Io sottoscritto/a

COGNOME	NOME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	SESSO (M o F)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NATO A (Comune o Stato Estero)	PROV.	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 Consorzio/Cooperativa:

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

dichiaro

i dati del nuovo professionista che assiste il Consorzio/la Cooperativa/la Società cooperativa consorziata delegata, come previsto dall'art. 1, comma 1, della legge 11 gennaio 1979 n. 12 e successive modifiche:

COGNOME	NOME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	SESSO (M o F)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NATO A (Comune o Stato Estero)	PROV.	NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

Il professionista di cui sopra è¹:

un consulente del lavoro un avvocato un commercialista o un esperto contabile
iscritto all'Albo dei Consulenti del lavoro/degli Avvocati/dei Dottori commercialisti² ed esperti
contabili della provincia di:

numero di iscrizione

che ha comunicato³ alla D.P.L./I.T.L. di

in data , , di svolgere adempimenti in materia di lavoro, previdenza e
assistenza sociale dei lavoratori dipendenti.

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, p.le Giulio Pastore n. 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.

¹ Barrare la tipologia che interessa.

² Barrare le tipologie che non interessano.

³ Da compilare solo se professionista diverso da un consulente del lavoro.