

Alla Sede INAL di _____

OGGETTO: Comunicazione indirizzo di Posta Elettronica Certificata.

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
() (cognome e nome) (luogo di nascita)
il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N. _____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov) (indirizzo) (civico)
CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale)
Cell. _____
(facoltativo)

dichiara di eleggere il proprio domicilio digitale presso l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____, ai sensi dell'art.3 bis comma 4 del decreto legislativo del 7 marzo 2005, n. 82 ed autorizza, ai fini del rapporto con l'Inail, che lo stesso sia utilizzato, ad ogni effetto giuridico, per l'invio di tutti i provvedimenti e gli atti che lo riguardano.

Per ulteriori contatti comunica inoltre i seguenti recapiti:

tel. abitazione _____

tel. cellulare _____

indirizzo e-mail _____

Allega fotocopia del documento di riconoscimento _____ N. _____
rilasciato il _____ da _____.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente questionario saranno trattati dall'INAIL, anche con strumenti elettronici, per scopi strettamente correlati alle proprie funzioni istituzionali, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge.

Data _____

Firma _____