INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

PROTOCOLLO

Mod.RichPINMed
COD. AP110

Richiesta PIN dispositivo per medici certificatori

(Modulo di richiesta individuale)

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME | NOME

CODICE FISCALE | NATO/A IL GG/MM/AAAA

A | PROV.

RESIDENTE IN | PROV.

INDIRIZZO | CAP

TELEFONO | CELLULARE*

E-MAIL* | P. E. C.*

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO | NUMERO

RILASCIATO DA | SCADENZA

Medico Chirurgo iscritto all'ordine provinciale di _______________________ , tessera n. _______________,

- **CHIEDO** l'assegnazione di un codice PIN per: (barrare)
  - ○ Redazione e trasmissione del certificato introduttivo a fini di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità Mod. C (cod. AP68) e Mod. D - visita domiciliare, art. 20 Legge 3 agosto 2009, n. 102
  - ○ Redazione e trasmissione del certificato SS3 introduttivo a fini di domande per invalidità/inabilità previdenziale Mod. SS3 (cod. AP42), Legge 12 giugno 1984, n. 222
  - ○ Redazione e trasmissione del certificato medico Mod. CT/1 (cod. SR 39), per richiesta di cure balneo-termali;
  - ○ Redazione e trasmissione del certificato di accertamento del decesso di esclusiva competenza dei medici necroscopi (art. 1, comma 303, Legge 23 dicembre 2014, n. 190)
  - ○ Profilazione per l'accesso al portale dei CTU
  - ○ Redazione e trasmissione dei certificati introduttivi ai fini delle domande per prestazioni antitubercolari (ACT22, ACT3) e della relazione mensile (ACT37)
  - ○ Accesso alla procedura gestione visite stabilimento termale in quanto medico presso lo stabilimento stesso
  - ✔ RIPRISTINO PIN ____

- **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.
- **MI IMPEGNO** a comunicare tempestivamente all'INPS ogni evento che incida sulla persistenza del mio status professionale (cancellazione, sospensione dall'Ordine, ecc.), in virtù del quale l'INPS ha concesso l'abilitazione di cui sopra.
- **DICHIARO** che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).
- **ALLEGO** copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.

data _______ Il richiedente ____________________________

- **DICHIARO** di aver ricevuto in data _______ il codice PIN nella busta N° ________________________ per l'accesso ai servizi telematici dell'INPS da me richiesti.

data _______ Firma ________________________________

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.

* *È obbligatorio inserire almeno un contatto tra cellulare, email, PEC. Indicando almeno due tra questi recapiti si può usare la procedura online di ripristino PIN, in caso di smarrimento.*