



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Alla Sede INAIL di \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta di attribuzione “codice presidio” e di abilitazione ai servizi on line INAIL per i presidi ospedalieri.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(cognome e nome del legale rappresentante) (luogo di nascita)  
Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/P.zza \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
(cod avviamento postale) (facoltativo) (obbligatorio)

in qualità di legale rappresentante del Presidio ospedaliero \_\_\_\_\_  
(denominazione/ragione sociale) del Presidio ospedaliero  
con sede in Via/P.zza \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
(indirizzo) (civico) (comune)  
(\_\_\_\_) Codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_  
(del Presidio ospedaliero.)  
PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(del Presidio ospedaliero: obbligatorio) (del Presidio ospedaliero: facoltativo)

**CHIEDE**

l’attribuzione del “codice presidio” e l’abilitazione all’accesso ai servizi disponibili nella sezione “Servizi online” del portale [www.inail.it](http://www.inail.it).

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla competente Sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinata l’attribuzione del codice.

Allega alla presente domanda copia del documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**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 modulo 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 \_\_\_\_\_