



Cassa Edile

**MODULO PER IL RILASCIO UTENZA
SOCIETA' ORGANISMO DI ATTESTAZIONE**

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**Alla Direzione Centrale Rischi dell'INAIL
Piazzale Giulio Pastore, 6
00144 ROMA**

Ai fini del rilascio dell'utenza SOA (Società organismo di attestazione) per l'accesso alle funzioni di Sportello Unico Previdenziale, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara quanto segue¹:

A) Codice Fiscale SOA		
B) Denominazione SOA (nazionale)		
C) Denominazione Struttura territoriale SOA		
D) Provvedimento rilasciato dall'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici	Autorizzazione AVCP n.	Del
E) Telefono SOA		
F) Fax SOA		
G) E-mail SOA		
H) E-mail PEC SOA		
I) Recapito SOA		
L) Cognome e nome del Direttore/Responsabile della SOA		
M) Dati anagrafici del Direttore/Responsabile della SOA (territoriale)	Luogo e data di nascita	
	Codice Fiscale	

Il sottoscritto Dirigente/Responsabile della Struttura territoriale della SOA dichiara sotto la propria responsabilità la correttezza e la veridicità dei dati trasmessi con il presente modulo dichiarazioni.

A tal fine, allega un proprio documento di riconoscimento in corso di validità, il provvedimento di nomina/incarico a Direttore/Responsabile della SOA territoriale e la documentazione necessaria a fini istruttori per il rilascio dell'utenza (visura camerale e copia dell'autorizzazione dell'AVCP).

Data

Firma

Informativa sul trattamento dei dati (D.Lgs. 196/2003)

Si comunica che tutti i dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo o da questo derivanti saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale ed assicurativa. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di sistemi elettronici, attraverso procedimenti strettamente correlati alle finalità per le quali sono stati raccolti e, per le medesime finalità e nei limiti necessari alla definizione della pratica, potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, tra cui il Ministero del Lavoro, l'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici e l'Agenzia delle Entrate sulla base di apposite convenzioni.

¹ Tutti i campi sono a compilazione obbligatoria. Per informazioni sull'utenza vedi Circolare INAIL n..... del.....

**MODULO PER IL RILASCIO UTENZA DI CONSULTAZIONE
 “ALTRE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI”**

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**Alla Direzione Centrale Rischi dell'INAIL
 Piazzale Giulio Pastore, 6
 00144 ROMA**

Ai fini del rilascio dell'utenza “Altre Pubbliche Amministrazioni” per l'accesso alle funzioni di Sportello Unico Previdenziale, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara quanto segue¹:

A) Codice Fiscale Amministrazione	
B) Denominazione Amministrazione	
C) Denominazione Struttura territoriale Amministrazione	
D) Telefono Struttura territoriale Amministrazione	
E) Fax Struttura territoriale Amministrazione	
F) E-mail Struttura territoriale Amministrazione	
G) E-mail PEC Struttura territoriale Amministrazione	
H) Recapito Struttura territoriale Amministrazione	
I) Cognome e nome del Direttore/Responsabile della Struttura territoriale Amministrazione	
L) Dati anagrafici del Direttore/Responsabile dell'Amministrazione territoriale	Luogo e data di nascita
	Codice Fiscale

Il sottoscritto Dirigente/Responsabile dell'Ufficio/Sede, dichiara sotto la propria responsabilità la correttezza e la veridicità dei dati trasmessi con il presente modulo dichiarazioni.

Il sottoscritto dichiara altresì di richiedere l'utenza in virtù dell'accordo² siglato in data..... tra gli Istituti previdenziali e ed allega un proprio documento di riconoscimento in corso di validità ed il provvedimento di nomina/incarico a Direttore/Responsabile della P.A. territoriale.

Data

Firma

Informativa sul trattamento dei dati (D.Lgs. 196/2003)

Si comunica che tutti i dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo o da questo derivanti saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale ed assicurativa. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di sistemi elettronici, attraverso procedimenti strettamente correlati alle finalità per le quali sono stati raccolti e, per le medesime finalità e nei limiti necessari alla definizione della pratica, potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, tra cui il Ministero del Lavoro, l'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici e l'Agenzia delle Entrate sulla base di apposite convenzioni.

¹ Tutti i campi sono a compilazione obbligatoria. Per informazioni sull'utenza vedi Circolare INAIL n..... del.....

² Indicare obbligatoriamente i dati dell'accordo/convenzione stipulata tra gli Istituti previdenziali e l'Amministrazione centrale di riferimento della PA richiedente l'utenza.