



All'INPS Sede di _____

RICHIESTA ASSEGNAZIONE "PIN"

Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Cognome	<input type="text"/>		
Nome	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	Sesso:	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
Comune di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Tipo utente (1)	<input type="text"/>		
Denominazione Datore di Lavoro, Associazione di categoria, CED	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		
Tel. /Fax /Cellulare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo: Via, Piazza, ecc e numero civico	<input type="text"/>		
CAP, Comune e Provincia	<input type="text"/>		

Allegare fotocopia del documento			
Tipo documento	<input type="text"/>		
Numero	<input type="text"/>	Scadenza	<input type="text"/>
Rilasciato da	<input type="text"/>		

Il codice Pin è strettamente riservato e personale. Non dovrà essere trascritto in alcun documento affinché nessun altro possa avvalersene. Nel merito si rammentano le disposizioni applicabili, in ordine alle responsabilità civili e penali, espressamente contemplate nel Codice Civile e nella sezione III del Codice di Procedura Penale.

Data _____

Firma _____

Riservato INPS

N° busta PIN

Operatore

Data _____

Firma _____

(1) Titolare/legale rappresentante azienda; delegato dal titolare/legale rappresentate dell'azienda; Consulente del lavoro, Avvocato, Dottore Commercialista, Ragioniere e Perito Commerciale; Responsabile Associazione di Categoria; Responsabile CED.