

All'INPS
Sede/Agenzia di _____

RICHIESTA INVIO MODELLO ObisM

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Nato il _____ a _____

Cittadinanza _____ Residente _____

Indirizzo _____

chiedo

l'invio tramite mail del mio **modello ObisM** alla seguente casella di posta elettronica:

Email _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

Dichiaro espressamente

che l'indirizzo mail di cui sopra è di proprietà dello/a scrivente e/o riconducibile al/alla sottoscritto/a. In caso di eventuali disguidi legati all'utilizzo delle email, la corrispondenza si riterrà comunque recapitata.

Per quanto precede, esonero l'INPS da ogni responsabilità, ivi comprese quelle legate alla legge sulla privacy e del Regolamento (UE) 2016/679.

Autorizzo l'INPS all'utilizzo dei recapiti sopra indicati per comunicazioni inerenti i miei rapporti con l'Istituto.

Allego copia del mio documento di riconoscimento.

Data _____

Firma _____