INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Alla sede Inail di TERNI

Pec TERNI@POSTACERT.INAIL.IT

Email TERNI@INAIL.IT

OGGETTO: Richiesta credenziali servizi On-Line "medici esterni".

Il sottoscritto _____ Nato a _____ Prov. ____

Il _____ Residente in _____ Prov. ____

Via/Piazza _____ N. _____ Cap _____

Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell. * _____

Pec * _____ Email _____

CODICE IBAN

DICHIARA

Di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi della provincia di _____ Al n. _____

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

data _____ Firma _____

* Campo obbligatorio

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Modulo aggiornato al 01/10/2025