

Allegato B - NOMINA DELL'AMMINISTRATORE LOCALE PER I SERVIZI TELEMATICI

Il sottoscritto _____
Nato a _____ Prov. ____ il _____
Codice Fiscale: _____
Tipo Documento: _____ Numero: _____
Rilasciato da: _____ Scadenza: _____
in qualità di legale rappresentante dell'Ente _____

INCARICA

Nato a _____ Prov. ____ il _____
Codice Fiscale: _____
Tipo Documento: _____ Numero: _____
Rilasciato da: _____ Scadenza: _____
Email (1): _____ PEC (2): _____
Telefono Ufficio: _____
Cellulare di servizio: _____

a svolgere le funzioni di **Amministratore locale** per la richiesta e revoca delle autorizzazioni di accesso ai servizi INPS da parte degli operatori dell'Ente che rappresenta.

L'accesso alle funzioni di amministrazione è consentito solo mediante l'utilizzo del dispositivo OTP (One Time Password). L'amministratore riconosce che l'utilizzo del dispositivo è strettamente personale e non delegabile. Qualunque operazione effettuata per via telematica mediante l'utilizzo del dispositivo OTP sarà imputata, con le relative responsabilità civili e penali, al titolare del dispositivo esclusa ogni eccezione per qualsiasi uso improprio o delegato del dispositivo.

E' riservato all'Ente di appartenenza, o suo delegato, il diritto di recesso del presente atto di incarico, da comunicare alla sede INPS, anche tramite gli strumenti telematici resi disponibili, con effetto dal momento in cui l'INPS avrà ricevuto notifica.

Luogo e data _____

Il legale rappresentante dell'Ente

L' Amministratore locale incaricato

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto in data odierna il dispositivo OTP identificato dal numero seriale

- -

Data _____

L' Amministratore locale _____