

Modulo di nomina dell'Amministratore Locale

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Tipo Documento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

in qualità di legale rappresentante dell'Ente _____

- ☐ **dichiara di assumere in proprio il ruolo di Amministratore Locale** e a tal fine comunica i seguenti dati:

Telefono _____ PEC _____

Cellulare _____ Email _____

- ☐ **nomina Amministratore Locale:**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Tipo Documento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

Telefono _____ PEC _____

Cellulare _____ Email _____

L'amministratore Locale, come sopra individuato, è responsabile della gestione operativa delle autorizzazioni di accesso alle banche dati INPS, è tenuto ad adottare le procedure necessarie alla verifica sistematica ed alla revisione periodica delle abilitazioni e dei profili di accesso ai dati rilasciate attraverso un adeguato flusso informativo con l'unità interna Responsabile del trattamento. Con la sottoscrizione per accettazione del presente modulo, si impegna a comunicare eventuali errori, inesattezze e/o manchevolezze riscontrate in ordine ai dati trasmessi o acceduti, effettuare la verifica interna sull'adeguamento alle misure di sicurezza previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali, adottare le procedure necessarie a garantire la conservazione delle informazioni acquisite per il tempo strettamente necessario allo svolgimento delle attività per cui i dati sono stati acceduti e la loro distruzione quando le stesse non siano più necessarie. Egli è altresì tenuto a monitorare il corretto utilizzo delle utenze da parte degli utenti dell'Ente autorizzati, comunicando all'INPS eventuali abusi, anomalie e/o utilizzi non conformi ai fini istituzionali.

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.

Dichiara, infine, che gli indirizzi IP statici di accesso ad internet da parte della rete dell'Ente sono i seguenti: _____

Si sottolinea che l'accesso alle banche dati INPS sarà consentito ai soli indirizzi IP sopra indicati.

_____, li ____/____/____ Firma del rappresentante legale/delegato

Per accettazione:

L'amministratore locale nominato

Si allega copia dei documenti di identità dei sottoscrittori