

MODULO DI RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO AL SISTEMA SINTESI

ALL'ARPAL PUGLIA

AMBITO TERRITORIALE DI LECCE

Il / La sottoscritto / a _____ in qualità di:

- Datore di lavoro privato
- Datore di lavoro pubblico (P.A.)
- Agenzia di somministrazione
- Soggetto abilitato (consulenti del lavoro, avvocati, associazioni di categoria, ecc)

DICHIARA

1. Di aver preso visione delle modalità di accreditamento definite dalla Regione Puglia (D.G.R. n. 106 del 05/02/2008)
2. Di essere nato a _____ il _____
3. Domiciliato per la carica in _____
4. Ragione sociale _____
5. Con sede legale _____
6. Codice fiscale _____
7. Partita IVA _____
8. Telefono _____
9. Fax _____
10. E-mail _____
11. Cod. Meccanografico* _____

**solo se direzione scolastica*

Sede operativa (*indicare almeno una sede ubicata sul territorio regionale*)

(per i consulenti del lavoro – dottori commercialisti o altri professionisti iscritti all'albo abilitati ai sensi della legge 12/1979)

Di essere iscritto all'Ordine provinciale dei _____
di _____ al numero _____ in data _____

(per le agenzie di somministrazione)

Autorizzata dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale con provvedimento numero _____ del _____ ed iscritta all'apposito albo al numero _____ dal _____.
Sede operativa di _____ via _____.

CHIEDE

Il rilascio di USER ID e PASSWORD per l'accesso al servizio impegnandosi ad usarli esclusivamente per ottemperare agli obblighi di comunicazione dei rapporti di lavoro previsti dalla vigente normativa.

DATA _____

FIRMA _____

Il / La sottoscritto / a _____, dichiara altresì di:

- essere consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previsti dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni nel caso in cui le dichiarazioni rese ai sensi degli artt.46 e 47 del suddetto D.P.R. risultino false o comunque non rispondenti al vero;
- di utilizzare il sistema solo per le comunicazioni obbligatorie di propria competenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Amministrazione Provinciale in indirizzo ogni variazione intervenuta;
- di aver preso visione dell'informativa sulla tutela della privacy.

DATA _____

FIRMA _____

Note.

Allegare un **documento d'identità in corso di validità** del richiedente.