

\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

In qualità di:

**Dichiara**

1. di aver preso visione delle modalità di accreditamento indicate della Provincia Barletta – Andria – Trani;
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. telefax \_\_\_\_\_
10. e-mail \_\_\_\_\_
11. Cod. Meccanografico\* \_\_\_\_\_  
solo se direzione scolastica

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

--

---

*Per i consulenti del lavoro:*

di essere iscritto all'Ordine provinciale dei \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

---

*Per gli altri professionisti abilitati:*

di essere iscritto all'Ordine provinciale dei \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
e di aver inviato apposita comunicazione alla Direzione Provinciale del Lavoro  
di \_\_\_\_\_ 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.

FIRMA

\_\_\_\_\_

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 dei rapporti di lavoro di propria competenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio in indirizzo ogni variazione intervenuta;
- di aver preso visione dell'informativa sulla tutela della privacy.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento d'identità