

**Modulo nomina Amministratore delle utenze del Protocollo Quadro per l'utilizzo del
Certificato specialistico pediatrico**

Il sottoscritto _____
in qualità di legale rappresentante della Struttura Sanitaria (denominazione completa)

_____,
codice struttura attribuito dal Ministero della Salute _____

INCARICA

Il sig. _____, nato a _____
_____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale: _____ Tipo Documento: _____
Numero: _____ Rilasciato da: _____
Scadenza: _____ Email (*): _____
PEC (*): _____ Telefono: _____
Cellulare: _____

a svolgere le funzioni di Amministratore delle utenze con riferimento al Protocollo per l'utilizzo del "*certificato specialistico pediatrico*", sottoscritto dalla suddetta Struttura con l'INPS.

L'Amministratore delle utenze è preposto a:

- autorizzare le richieste di abilitazione da parte dei medici per l'utilizzo della procedura di trasmissione del certificato di cui si tratta;
- trasmettere all'INPS le richieste di abilitazione sottoscritte;
- chiedere all'INPS la revoca delle abilitazioni al venir meno delle condizioni che ne hanno determinato la concessione.

E' riservato al Rappresentante legale della Struttura Sanitaria 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 Rappresentante legale della
Struttura sanitaria

L'Amministratore di utenze incaricato

(*) inserire l'indirizzo e-mail e PEC istituzionale