

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE, REGISTRAZIONE E CERTIFICAZIONE

Carta Nazionale dei Servizi

Ente Emittitore

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI _____

Il sottoscritto, nel richiedere all'Ente Emittitore e ad InfoCert S.p.A., ai sensi del D.P.R. 2 marzo 2004, n. 117, il rilascio di una Carta Nazionale dei Servizi con relativo certificato di autenticazione, così come disciplinato (i) dal Manuale Operativo Carta Nazionale dei Servizi, cod. CNS-MOAI-Ordini Professionali, (ii) dalla *Certificate Policy* dei Certificati di Autenticazione per la CNS disponibile su www.firma.infocert.it e (iii) dalle "MODALITA' D'USO ED AVVERTENZE PER TITOLARI DI CNS", (iv) dalle Condizioni Generali di Contratto CNS e certificato di sottoscrizione con ruolo, al fine della registrazione e dell'emissione, fornisce i seguenti dati che dichiara essere esatti e veritieri, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (cfr. art. 76, D.P.R. 28/12/2000, n.445):

Tipologia richiesta:

Business Key (chiavetta USB) con certificato di Ruolo e certificato CNS
Smart card con certificato di Ruolo e certificato CNS

1. DATI OBBLIGATORI (i campi contrassegnati con (*) sono pubblicati con il certificato):

Informazioni Anagrafiche

Codice Fiscale (*) _____

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

Sesso M F Data di nascita (*) _____ Luogo di nascita _____

Provincia _____ Stato di nascita (**) _____ Cittadinanza _____

(**) Non obbligatorio in caso di cittadini nati in Comuni non più appartenenti al territorio italiano (ex legge 54 del 15 febbraio 1989). In questi casi indicare "Comune territorio ceduto".

Indirizzo di Residenza

Indirizzo _____ Comune _____

CAP _____ Prov. _____ Stato _____

Documento di riconoscimento

Tipo e numero _____ Emesso da _____ il _____

Altre Informazioni

Indirizzo e-mail (*) _____ @ _____

Numero di cellulare (*) _____

La email ed il numero di cellulare devono essere direttamente riconducibili al solo Richiedente.

Passphrase per la cifratura della busta PIN/PUK: *Corrisponde al CODICE FISCALE del Richiedente (in lettere maiuscole)*

IL SOTTOSCRITTO

richiede all'Ente Emittitore e ad InfoCert S.p.A., ai sensi del D.P.R. 117/2004, il rilascio di una Carta Nazionale dei Servizi con relativo certificato di autenticazione, così come disciplinato (i) dal Manuale Operativo Carta Nazionale dei Servizi, cod. CNS-MOAI-Ordini Professionali, (ii) dalla *Certificate Policy* dei Certificati di Autenticazione per la CNS disponibile su www.firma.infocert.it e (iii) dalle "MODALITA' D'USO ED AVVERTENZE PER TITOLARI DI CNS", (iv) dalle Condizioni Generali di Contratto CNS e certificato di sottoscrizione con ruolo, di cui ha preso visione e accettato le condizioni, impegnandosi a:

- garantire la correttezza, la completezza e l'attualità delle informazioni fornite all'Ente Emittitore per la richiesta della CNS;
- proteggere e conservare le proprie chiavi private con la massima accuratezza al fine di garantirne l'integrità e la riservatezza;
- proteggere e conservare il codice di attivazione (PIN) utilizzato per l'abilitazione delle funzionalità della CNS in luogo sicuro e diverso da quello in cui è custodito il dispositivo stesso;
- proteggere e conservare il codice di sblocco (PUK) utilizzato per la riattivazione della CNS, in un luogo protetto e diverso da quello in cui è custodito il dispositivo stesso;

- e) adottare ogni altra misura atta ad impedire la perdita, la compromissione o l'utilizzo improprio della chiave privata e della CNS;
- f) utilizzare le chiavi e il certificato per le sole modalità previste nel relativo Manuale Operativo Carta Nazionale dei Servizi, cod. CNS-MOAI-Ordini Professionali;
- g) inoltrare all'Ente Emittitore senza ritardo la richiesta di revoca o sospensione dei certificati al verificarsi di quanto previsto nel Manuale

Operativo Carta Nazionale dei Servizi, cod. CNS-MOAI-Ordini Professionali;

- h) adottare tutte le misure organizzative e tecniche idonee ad evitare danno ad altri, sottoscrivendo la presente richiesta anche per ricevuta ed accettazione dei predetti documenti.

DATA

Il Richiedente (firma)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342, c.c., le disposizioni delle Condizioni Generali CNS e certificato di sottoscrizione con ruolo di seguito indicate: art. 3 (Responsabilità del Titolare e del Cliente); art.4.2 (Variazioni delle condizioni contrattuali); art. 4.3 (Foro Competente); art. 4.9 (Scioglimento del rapporto); 4.10 (Durata del Contratto e validità del Certificato); art. 4.11 (Revoca e sospensione del certificato); ; art. 4.12 (Responsabilità del Certificatore); art. 8 (Obblighi del Titolare); art. 9 (Obblighi del Certificatore); 12 (Responsabilità dell'Ente Emittitore); art 13 (Oggetto e responsabilità); art. 15 (Ulteriori obblighi del Titolare).

DATA

Il Richiedente (firma)

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE, REGISTRAZIONE E CERTIFICAZIONE

Carta Nazionale dei Servizi

Ente Emittitore

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI _____

Ad integrazione e completamento della precedente richiesta di Registrazione e Certificazione per il rilascio della CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI, il sottoscritto richiede ad InfoCert S.p.A., società iscritta nell'elenco pubblico dei certificatori tenuto da AgID, il rilascio di un certificato digitale di sottoscrizione, in cui sia inserita l'informazione relativa alla sua appartenenza all'Organizzazione specificata di seguito (cd. "Ruolo"), così come disciplinato (i) dal Manuale Operativo ICERT-INDI-MO, disponibile sul sito www.firma.infocert.it, e (ii) dalle Condizioni Generali di Contratto CNS e certificato di sottoscrizione con ruolo.

A tal fine, il sottoscritto conferma la congruità ed esattezza dei propri dati anagrafici, come indicati nel riquadro soprastante e integrati in quello sottostante, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole che chiunque renda dichiarazioni mendaci è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

1. DATI OBBLIGATORI (i campi contrassegnati con (*) sono pubblicati con il certificato):

Organizzazione (*) **ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI _____**

Ruolo (*)	<input type="checkbox"/> Dottore Commercialista	<input type="checkbox"/> Ragioniere Commercialista	<input type="checkbox"/> Esperto Contabile
-----------	---	--	--

IL SOTTOSCRITTO

pertanto, informato in modo chiaro ed esaustivo sulla procedura di certificazione e sui requisiti tecnici per accedervi, con la firma della presente Richiesta di Attivazione, richiede ad InfoCert S.p.A. il rilascio di un certificato digitale con ruolo, così come disciplinato (i) nel Manuale Operativo ICERT-INDI-MO, disponibile sul sito www.firma.infocert.it, e (ii) nelle Condizioni Generali di Contratto CNS e certificato di sottoscrizione con ruolo, di cui ha preso visione e accettato le condizioni.

DATA

Il Richiedente (firma)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342, c.c., le disposizioni delle Condizioni Generali CNS e certificato di sottoscrizione con ruolo di seguito indicate: art. 3 (Responsabilità del Titolare e del Cliente); art.4.2 (Variazioni delle condizioni contrattuali); art. 4.3 (Foro Competente); art. 4.9 (Scioglimento del rapporto); 4.10 (Durata del Contratto e validità del Certificato); art. 4.11

(Revoca e sospensione del certificato); ; art. 4.12 (Responsabilità del Certificatore); art. 8 (Obblighi del Titolare); art. 9 (Obblighi del Certificatore); 12 (Responsabilità dell'Ente Emittitore); art 13 (Oggetto e responsabilità); art. 15 (Ulteriori obblighi del Titolare).

DATA

Il Richiedente (firma)

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Firma Digitale

Il Cliente dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'Informativa della "Privacy Notice – Servizi InfoCert", pubblicata nella pagina "Documentazione", sul sito www.infocert.it.

In particolare, il Cliente è stato reso edotto del trattamento dei propri dati personali necessario ai fini dell'erogazione del servizio e, spuntando le caselle in basso e firmando dove richiesto, il Cliente può liberamente prestare il suo consenso e, di conseguenza, autorizzare:

a) al trattamento dei suoi dati personali per le finalità di marketing / vendita diretta di prodotti o servizi di InfoCert, sia con modalità automatizzate (es., posta elettronica, fax, sms), sia con modalità tradizionali di contatto (telefono, posta cartacea)

Presta il consenso

Non presta il consenso

b) al trattamento dei suoi dati personali per le finalità di marketing / vendita diretta di prodotti o servizi di soggetti terzi in qualità di autonomi titolari, sia con modalità automatizzate (es., posta elettronica, fax, sms), sia con modalità tradizionali di contatto (telefono, posta cartacea)

Presta il consenso

Non presta il consenso

Carta Nazionale dei Servizi

Ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016, nonché della successiva normativa nazionale in attuazione del predetto Regolamento, il richiedente dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa contenuta nel documento "MODALITA' D'USO ED AVVERTENZE PER TITOLARI DI CNS".

In particolare,

il Cliente è stato reso edotto del trattamento dei propri dati personali necessario ai fini dell'erogazione del servizio e, spuntando le caselle in basso e firmando dove richiesto, il Cliente può liberamente prestare il suo consenso e, di conseguenza, autorizzare:

a) al trattamento dei suoi dati personali per le finalità di marketing / vendita diretta di prodotti o servizi di InfoCert, sia con modalità automatizzate (es., posta elettronica, fax, sms), sia con modalità tradizionali di contatto (telefono, posta cartacea)

presta il consenso

non presta il consenso

b) al trattamento dei suoi dati personali per le finalità di marketing / vendita diretta di prodotti o servizi di soggetti terzi in qualità di autonomi titolari, sia con modalità automatizzate (es., posta elettronica, fax, sms), sia con modalità tradizionali di contatto (telefono, posta cartacea)

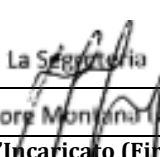
presta il consenso

non presta il consenso

Da completare a cura dell'incaricato della registrazione

Il sottoscritto COGNOME MONTANA LAMPO _____ NOME SALVATORE _____
COD. FISCALE MNTSVT73E10A089X _____ dichiara di aver ottemperato, come previsto dalle disposizioni legislative e da quanto indicato dalla Certificate policy emessa dall'Ente Certificatore e dal Manuale Operativo Carta Nazionale dei Servizi, cod. CNS-MOAI-Ordini Professionali, al riconoscimento dell'identità del richiedente come sopra identificato e che i dati del richiedente sopra riportati sono conformi a quelli presenti nell'originale del documento esibito.

Data

La Segretaria

vatore Montana Lampo

L'Incaricato (Firma)