Allegato F)

RICHIESTA ABILITAZIONE PER OPERATORE/I MACCHINA

(da redigersi su carta intestata dell'Ente)

Il/la sottoscritto/a.....……., nato/a a…….....……
Prov.....il.....… residente in …….....…..…..….
Via.....n.……codice fiscale (proprio).....…..
in qualità di rappresentante legale dell'ente.....…..
codice fiscale o partita IVA.....…..
con sede in.....via.....n°.....…..

CHIEDE

di abilitare, in qualità di operatore/i macchina, all'uso della programma informatico SCR (Servizio civile regionale) i sottoscritti nominativi (indicare almeno due operatori macchina):

1) NOME.....COGNOME.....

NATO A.....PROV.....IL.....

RESIDENTE A.....

CODICE FISCALE.....

2) NOME.....COGNOME.....

NATO A.....PROV.....IL.....

RESIDENTE A.....

CODICE FISCALE.....

3) NOME.....COGNOME.....

NATO A.....PROV.....IL.....

RESIDENTE A.....

CODICE FISCALE.....

Luogo e data ……..

Il Rappresentante legale dell'Ente ……..

N.B.

- **ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA FRONTE/RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ' IN CORSO DI VALIDITÀ' E DEL CODICE FISCALE (LEGGIBILI) DI CIASCUN OPERATORE MACCHINA.**

- **POSSONO ESSERE INDICATI QUALI OPERATORI MACCHINA ANCHE IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CIVILE REGIONALE, IL COORDINATORE DI PROGETTI, IL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE,**

- **GLI OPERATORI MACCHINA, ABILITATI AD ACCEDERE ALLA PROCEDURA INFORMATICA DEL SERVIZIO CIVILE REGIONALE, DEVONO:**

  1. **ESSERE IN POSSESSO DELLA CNS RILASCIATA DALLA REGIONE TOSCANA**
  2. **AVER ATTIVATO LA PROPRIA CNS PRESSO UNO SPORTELLO DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE, DELLE FARMACIE E DEI COMUNI DELLA REGIONE TOSCANA CHE HANNO ADERITO AL PROGETTO, CON IL RILASCIO DEL RELATIVO CODICE PIN**

<u>SI CONSIGLIA:</u>

- **DI ABILITARE ALMENO DUE OPERATORI MACCHINA, PER GARANTIRE L'OPERATIVITA' DELL'ENTE SULLA PROCEDURA INFORMATICA SCR IN QUALUNQUE MOMENTO.**

- **DI VERIFICARE, NON APPENA AVVENUTA L'ISCRIZIONE DELL'ENTE ALL'ALBO, L'ACCESSO ALLA PROCEDURA INFORMATICA DA PARTE DEGLI OPERATORI MACCHINA ABILITATI.**