**Il/La Sottoscritto/a** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Codice Fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Richiesta Autorizzazione SismApp – Sisma 2016**

Da spedire a: **Regione Marche – SUPPORTO SISMA 2016 –** Fax **071.806.3071 –** Email: **helpdesk.sisma2016@regione.marche.it**

**Telefono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di** (Sindaco, Funzionario, Responsabile Area/Settore, Tecnico – SPECIFICARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dell'Ente/Diocesi** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**R I C H I E D E P E R**

I nominativi riportati in elenco l’autorizzazione al sistema **SismApp - Sisma 2016**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME**  | **NOME** | **CODICE FISCALE** | **Descrizione Modulo** (Specificare)**1 - Opere Pubbliche****2 - Perizie Giurate AeDES** | **QUALIFICA**Indicare se Dipendente, Consulente o Altro **(specificare)** | **\***Possiede uno strumento di autenticazione tra **Pin Cohesion** / **CNS** / **TS-CNS** / **SPID** |
|  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |

**\*** Nel caso gli utenti NON fossero in possesso di uno degli strumenti di autenticazione elencati è possibile ottenere il rilascio del **PIN COHESION** inviando una mail di richiesta all’indirizzo **helpdesk.sisma2016@regione.marche.it** con allegati i seguenti documenti e dati:

1. **Documento di identità**

2. **Tessera sanitaria**

3. indicazione di un **numero di telefono** e di un **indirizzo email (non certificato)**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**