



ATTIVAZIONE TESSERA SANITARIA – CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Comune di nascita _____ prov. _____

il _____ Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ prov. _____

Indirizzo di residenza _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

di essere impossibilitato, per motivi di salute, a recarsi presso uno degli sportelli di attivazione della Tessera sanitaria - Carta Nazionale dei servizi per un periodo di tempo superiore a tre mesi, e

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

Comune di nascita _____ prov. _____

il _____ Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ prov. _____

Indirizzo di residenza _____

A chiedere l'attivazione della TS-CNS di cui è Titolare mediante la consegna del "Modulo di richiesta Codici Personali" da me compilato e sottoscritto.

PRENDE ATTO

ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Privacy (d.lgs. 196/2003) che:

A) I dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente per la gestione della TS-CNS e il rilascio dei relativi PIN e PUK e non saranno diffusi per nessun'altra finalità.

B) I dati raccolti verranno trattati con strumenti informatici e cartacei e secondo le misure di sicurezza previste dalla Legge sulla Privacy (d.lgs. 196/2003).

C) I dati conferiti sono obbligatori per la gestione della TS-CNS e il rilascio dei relativi PIN e PUK e il loro rifiuto non permetterà le attività appena descritte.

D) Titolare del trattamento con strumenti cartacei è l'Azienda Ulss del Veneto che raccoglie i suddetti dati mentre titolare del trattamento con strumenti informatici è l'Agenzia delle Entrate.

E) Responsabile esterno del Trattamento ai sensi dell'art. 29 della Legge sulla Privacy (d.lgs. 196/2003) è Sogei S.p.A.

Pertanto acconsente al trattamento dei propri dati personali.

Allega:

la fotocopia del documento di identità del delegante

Il certificato medico o analogo documentazione clinica idonea che attesti l'impossibilità del titolare della Tessera Sanitaria CNS di presentarsi personalmente per motivi di salute.

Luogo e data

Firma del Dichiarante