REGIONE LAZIO

MODULO DELEGA PER OPERAZIONI SU 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 _____ Data nascita __/__/_____
Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Comune di residenza_____ Prov. res._____
Indirizzo di residenza_____
Documento (barrare in base al tipo di documento allegato)

TIPOLOGIA	NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA	VALIDITA'
☐ C.I. / ☐ Passaporto / ☐ Patente	_____	_____	__/__/_____

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 chiede:

☐ Attivazione TS-CNS	mediante la consegna del modulo "RICHIESTA CODICI PERSONALI"
☐ Revoca TS-CNS	mediante la consegna del modulo "RICHIESTA REVOCA/SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE"
☐ Sospensione TS-CNS	mediante la consegna del modulo "RICHIESTA REVOCA/SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE"
☐ Riattivazione TS-CNS	mediante la consegna del modulo "RICHIESTA REVOCA/SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE"
☐ Reset PIN TS-CNS	mediante la consegna del modulo "RICHIESTA RESET PIN"

Dichiara di essere il Titolare della TS-CNS e che il relativo modulo è stato compilato e sottoscritto; delega allo svolgimento delle operazioni sulla TS-CNS:

Il/la sottoscritto/a: Nome _____ Cognome_____
Comune di nascita_____ Prov _____ Data nascita __/__/_____
Comune di residenza_____ Prov. res._____
Indirizzo di residenza_____

Documento

TIPOLOGIA	NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA	VALIDITA'
☐ C.I. / ☐ Passaporto / ☐ Patente	_____	_____	__/__/_____

Preso atto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del "*Codice in materia di protezione dei dati personali"*(D.Lgs. 196/2003s.m.i) che:

- I dati forniti verranno utilizzati esclusivamente per l'attivazione della TS-CNS (e conseguente rilascio dei relativi PIN e PUK) e non saranno trattati per nessun'altra finalità;
- I dati raccolti verranno trattati sia con l'ausilio di strumenti informatici idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati trattati che senza l'ausilio di detti strumenti (trattamento cartaceo);
- Il conferimento dei non è obbligatorio ma è necessario per la gestione della TS-CNS e il rilascio dei relativi PIN e PUK. L'eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità di dar corso alle attività descritte;
- I dati saranno raccolti e trattati esclusivamente dal Titolare del trattamento e dal Responsabile esterno del trattamento dei dati; i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione;
- Titolare del trattamento dei dati è la Regione Lazio;
- L'informativa completa è disponibile al seguente indirizzo: http://cns.regione.lazio.it nella sezione "PRIVACY"

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Titolare del trattamento stesso ai sensi dell'art. 13 del predetto Decreto.

Allega i seguenti documenti:
☐ la fotocopia del documento di identità del delegante
☐ il certificato medico o analoga 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 _____