



La Sardegna
cresce con
l'Europa

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Assessorato degli affari generali, personale e riforma della Regione

Realizzazione e diffusione della Carta Nazionale dei Servizi con funzione di Tessera Sanitaria
Progetto cofinanziato dall'Unione Europea - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

Attivazione Tessera Sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi Richiesta per delega

Ente:	Sportello:
-------	------------

Il/La sottoscritto/a

Nome:	Cognome:
Comune di nascita:	Provincia di nascita:
Data di nascita:	C.F.:
Comune di residenza:	
Indirizzo di residenza:	

delega

Nome:	Cognome:
Comune di nascita:	Provincia di nascita:
Data di nascita:	C.F.:
Comune di residenza:	
Indirizzo di residenza:	

a richiedere l'attivazione della

TS-CNS numero:

Luogo:	Data: _____	Firma:
--------	-------------	--------

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

Nome:	Cognome:
-------	----------

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni necessarie per l'erogazione del servizio richiesto.

Luogo:	Data: _____	Firma:
--------	-------------	--------

Documentazione necessaria:

1. Certificato medico o analoga documentazione clinica o autocertificazione
2. TS-CNS del delegante
3. Fotocopia del documento di identità del delegante



La Sardegna
cresce con
l'Europa

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Assessorato degli affari generali, personale e riforma della Regione

Realizzazione e diffusione della Carta Nazionale dei Servizi con funzione di Tessera Sanitaria
Progetto cofinanziato dall'Unione Europea - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

Attivazione Tessera Sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi

Richiesta per delega

Ente:	Sportello:
-------	------------

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a :

Nome:	Cognome:
Comune di nascita:	Provincia di nascita:
Data di nascita:	C.F.:
Comune di residenza:	
Indirizzo di residenza:	

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

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.

Luogo:	Data: _____	Firma:
--------	-------------	--------

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

Nome:	Cognome:
-------	----------

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni necessarie per l'erogazione del servizio richiesto.

Luogo:	Data: _____	Firma:
--------	-------------	--------

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la presente dichiarazione è presentata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante