



La Sardegna
cresce con
l'Europa

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale

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

Assessorato degli affari generali, personale e riforma della Regione

Attivazione Tessera Sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi

Richiesta per delega

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 propria TS CNS:

ultime 5 cifre del codice TEAM 8038000*****:	Data di scadenza:
--	-------------------

delega altresì alla consegna dei codici PIN e PUK correlati alla propria TS/CNS

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

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, vengono trattati esclusivamente per lo svolgimento delle attività istituzionali affidate alla Regione Autonoma della Sardegna nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri e essenziali per lo svolgimento delle operazioni necessarie per l'erogazione del servizio richiesto. I Suoi dati personali sono trattati, inoltre, per tutti gli adempimenti connessi all'attività di istruttoria, valutazione e verifica dei requisiti dichiarati con autocertificazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 in merito all'istanza presentata, e conservati per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, e saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. A tal fine, l'interessato dichiara di aver ricevuto l'informativa ex art. 13 e 14 del GDPR, allegata al presente modulo, e che potrà essere consultata per maggiori dettagli.

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

Documentazione necessaria:

1. Fotocopia del documento di identità del delegante
2. Certificato medico non riportante la diagnosi, attestante l'impossibilità a spostarsi del delegante per almeno tre mesi
3. Documento di identità del delegato