|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Attivazione tessera sanitaria** |
| **Descrizione** | Richiesta attivazione tessera sanitaria e rilascio codici Pin per accedere ai servizi online della Pubblica Amministrazione, garantendo la sicurezza dei dati personali |
| **Documenti necessari** | * Documento di riconoscimento del richiedente
* Tessera Sanitaria da attivare
* Se necessaria delega, documento di riconoscimento del delegato e del delegante

**Si precisa che occorre la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente corredata di documento di riconoscimento.** |
| **Moduli da presentare compilati** | * Modulo richiesta codici personali e consenso (Allegato 1)
* Delega (Allegato 2)
 |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza 🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza. 🡪 **accesso anche su appuntamento** per l’ufficio di Ceparana |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

Allegato 1



**MODULO RICHIESTA CODICI PERSONALI E CONSENSO**

(in duplice copia a cura del delegante)

**RICHIESTA CODICI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

preso atto di quanto previsto dall’Informativa, ai sensi dell’art. 13 della Legge sulla Privacy (d.lgs. 196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e richiede l’invio dei **Codici Personali** della propria TS-CNS al seguente indirizzo di posta elettronica:

...............................................@...................................................................

Data \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma ..................................................

**…….…………………………………..Parte riservata all’ufficio………………………………………….**

Data \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’operatore.........................

Allegato 2



**MODULO DELEGA**

(a cura del delegante)

Il/La sottoscritto/a

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV (\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

e residente a

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.

Codice Fiscale

Impossibilitato/a per motivi di salute a recarsi personalmente presso uno degli uffici di attivazione della Carta Regionale dei Servizi (CRS)

DELEGO

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV (\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

e residente a

 in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.

Codice Fiscale

Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_

a chiedere

[ ] ATTIVAZIONE della TS-CNS \*\*

[ ] DUPLICATO CODICI PERSONALI

[ ] REVOCA CERTIFICATO

Data \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma (delegante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_