



ASL Lecce

PugliaSalute

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI \_\_\_\_\_

indirizzo mail

[@ausl.le.it](mailto:_____@ausl.le.it)

## **RICHIESTA ATTIVAZIONE TS-CNS** TESSERA SANITARIA-CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

Dichiarazioni rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

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

numero telefono \_\_\_\_\_

mail/pec \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

### **CHIEDE**

**l'invio dei codici personali della propria TS-CNS Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi al seguente indirizzo mail/pec:**

\_\_\_\_\_

**per il proprio figlio minore** \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

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

**l'invio dei codici personali della Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS) al seguente indirizzo mail/pec:**

\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato che l'avvio della procedura attraverso pec e posta elettronica costituisce autorizzazione al trattamento dei dati personali nelle modalità consentite dalla normativa vigente in materia di privacy.

**Luogo Data e Firma** \_\_\_\_\_

### **Allega**

**1) Copia di un documento di identità in corso di validità;**

**2) Copia in fronte/retro della Tessera Sanitaria del richiedente (nel retro è riportato al punto 8 il numero di identificazione della Tessera Sanitaria necessario per l'attivazione della TS-CNS) o copia in fronte/retro della Tessera Sanitaria del figlio minore.**