

**Sistemi Sanitari Regionali – Modulo per la richiesta di Firma Digitale**

Da trasmettere compilato all'indirizzo [token@asl.bari.it](mailto:token@asl.bari.it)

**Compilare tutti i campi**

RICHIESTA DI:	NUOVO TOKEN <input type="checkbox"/>	RINNOVO: <input type="checkbox"/>	DATA SCADENZA:	
TIPOLOGIA UTENZA	TITOLARE DI FARMACIA <input type="checkbox"/>	MMG/PLS <input type="checkbox"/>	SPECIALISTA <input type="checkbox"/>	DIPENDENTE ASL <input type="checkbox"/>
NOME:				
COGNOME :				
DATA DI NASCITA:				
COMUNE DI NASCITA:		PROV		
CODICE FISCALE:		CODICE REGIONALE		
TELEFONO RETE MOBILE:				
EMAIL:				
COMUNE DI DOMICILIO:		PROV	CAP	
INDIRIZZO DI DOMICILIO:				
DOCUMENTO DI IDENTITA':				
NUMERO:		COMUNE:		
DATA RILASCIO:		DATA SCADENZA:		

**Allegare scansione fronte/retro del Documento di Identità (Carta di Identità e/o Passaporto/o Patente di Guida) e della Tessera sanitaria**

**Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari**

**Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI (BA)**

**Codice Fiscale/Partita IVA 06534340721**

**E-Mail: [uoassi@asl.bari.it](mailto:uoassi@asl.bari.it) - PEC: [uoassi.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:uoassi.aslbari@pec.rupar.puglia.it)**