RICHIESTA ATTIVAZIONE CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI
(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a_____
Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Nato/a a _____ il _____residente a _____
Prov._____ in Via/C.so_____ n°_____
telefono_____ mail_____
Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

l'attivazione della Carta Nazionale dei Servizi. A tal scopo

DICHIARA

che il proprio indirizzo e-mail cui trasmettere il PIN è il seguente:

E-mail: _____

"I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari) nell'apposita sezione Privacy."

IL DICHIARANTE

Data _____ _____

Doc._____n°_____rilasciato a _____ il_____