ASL Bari
PugliaSalute

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 4 di ALTAMURA

Sede: Viale Regina Margherita, 67 70022 Altamura - Tel. 080 584 8105 -8320 Mail: dss.altamura@asl.bari.it
e-mail anagrafe: anagrafe.poggiorsini@asl.bari.it PEC: distretto4.aslbari@pec.rupar.puglia.it - Tel. 080 584 8110

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

(a) ATTIVAZIONE della TS-CNS
(b) DUPLICATO CODICI PERSONALI
(c) REVOCA CERTIFICATO

- Per se stesso;
- Genitore (*);
- Tutore (**)
- Fiduciario/Curatore (**)
  di ……, nato/a a …… il ……,
  CF.....,

(*) presentarsi allo sportello con un documento che attesta il proprio status di genitore (documento valido del minore, stato di famiglia o una autocertificazione); (**) presentarsi allo sportello muniti della documentazione che comprovi il proprio status (di tutore, fiduciario, curatore) e un proprio documento identificativo;

DICHIARA

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

E-mail: _____

Dichiara di essere informato/a, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

_____

Data _____

Doc._____n°_____rilasciato da_____il _____

Scadenza_____