

**DELEGA per il RILASCIO dell' ALLEGATO TESSERA SANITARIA
e/o Carta Regionale dei Servizi (CRS)**

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

N.B.: non soggetta ad autentica. La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o via fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Telefono _____

In quanto impossibilitato a recarmi presso il Distretto

D E L E G O

Il/La signor/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

A RICHIEDERE IL RILASCIO

ALLEGATO TESSERA SANITARIA

CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

ATTENZIONE: la persona autorizzata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona titolare della documentazione

Con la presente delega il sottoscritto libera l'azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo

Luogo e Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto