

DELEGA PER RITIRO CODICI PIN/PUK DELLA CRS



Regione Lombardia



ISTRUZIONI:

LA PRESENTE DELEGA È RITENUTA VALIDA ESCLUSIVAMENTE LADDOVE CORRELATA DA:

1. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE
2. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO

SI RICORDA CHE PER IL RITIRO DEI CODICI PIN/PUK È **FONDAMENTALE** LA DISPONIBILITÀ DELLA CARTA CRS DEL DELEGANTE.

MODULO DA UTILIZZARSI ESCLUSIVAMENTE NELLA CASISTICA DEL RITIRO DEI CODICI PIN E PUK DA PARTE DI PERSONE DIVERSE DALL'**INTERESSATO**.

Il/La sottoscritto/a _____,
(indicare Nome e Cognome del delegante)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

Documento di Riconoscimento _____

Rilasciato da _____ In data

DELEGA

al ritiro, in busta cieca, dei codici PIN e PUK correlati alla propria Carta Regionale dei Servizi (CRS)

(indicare Nome e Cognome del delegato)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

DICHIARA

inoltre di dare in temporanea custodia al fine dell'adempimento del ritiro del codice PIN la propria CRS al delegato

IL DELEGANTE

(Data)

(Firma leggibile)

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

Questa Azienda Sanitaria in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti, verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di erogazione e consegna dei codici PIN/PUK correlati alla Carta Regionale dei Servizi (CRS) di Regione Lombardia. Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi.

I diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi alla presente Azienda Sanitaria.

INFORMAZIONI AL NUMERO VERDE 800.030.606 E AL SITO WWW.CRS.REGIONE.LOMBARDIA.IT

MODULO RITIRO CODICI PIN/PUK DELLA CRS DEL/I MINORENNE/I



Regione Lombardia



CARTA REGIONALE dei SERVIZI

ATTENZIONE:

SI RICORDA CHE PER IL RITIRO DEI CODICI PIN/PUK È FONDAMENTALE LA DISPONIBILITÀ DELLA CARTA CRS DEL MINORENNE.

MODULO DA UTILIZZARSI ESCLUSIVAMENTE NELLA CASISTICA DEL GENITORE CHE RICHIEDE L'EROGAZIONE E IL RITIRO DEI CODICI PIN E PUK DELLA CRS DEL/I FIGLIO/I

Il/La sottoscritto/a _____,
(indicare Nome e Cognome del genitore)

nato/a il a _____

Codice Fiscale

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA¹

che i membri della propria famiglia MINORENNI per i quali ritira, in busta cieca, i codici PIN e PUK correlati alle relative CRS sono:

1) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

2) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

3) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

4) _____
(Cognome Nome)

nato/a il a _____

FIRMA DEL GENITORE

(Data)

(Firma leggibile)

ESENTE DA AUTENTICA DI FIRMA E DA BOLLO AI SENSI DELL'ART. 37, COMMA 1, DEL D.P.R. N. 445/2000.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

Questa Azienda Sanitaria in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati conferiti, verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di erogazione e consegna dei codici PIN/PUK correlati alla Carta Regionale dei Servizi (CRS) di Regione Lombardia. Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici. I dati non verranno in nessun modo diffusi né comunicati ad alcuni terzi.

I diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi alla presente Azienda Sanitaria.

INFORMAZIONI AL NUMERO VERDE 800.030.606 E AL SITO WWW.CRS.REGIONE.LOMBARDIA.IT

¹ AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. N. 445/2000.