

CARTA REGIONALE DEI SERVIZI TESSERA SANITARIA – CODICE FISCALE

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____

Titolare della Tessera Sanitaria n. _____

Impossibilitato per motivi di salute a recarsi personalmente, per un periodo superiore a 3 mesi, presso uno degli uffici di attivazione della Carta Regionale dei Servizi (CRS), così come attestato da un certificato medico o da analoga documentazione clinica o da una autocertificazione

DELEGO

Il/La signor/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____

A chiedere l'attivazione della CRS di cui sono titolare mediante la consegna del "Modulo richiesta Pin per delega" da me compilato e sottoscritto.

Luogo e Data

Firma

Documenti necessari:

1. Certificato medico o analoga documentazione clinica o autocertificazione
2. Carta Regionale dei Servizi del delegante
3. Fotocopia del documento di identità del delegante
4. "Modulo richiesta Pin per delega" sottoscritto dal delegante

ATTENZIONE: Il "Modulo richiesta Pin per delega" deve essere redatto e sottoscritto in doppia copia, una verrà trattenuta dall'operatore l'altra riconsegnata con firma per ricevuta.