



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

TESSERA SANITARIA/CARTA PROVINCIALE DEI SERVIZI

MODULO di RICHIESTA REVOCA/SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE per DELEGA

Il sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____

impossibilitato a recarsi personalmente – per un periodo superiore a 3 mesi – presso uno degli sportelli abilitati all'attivazione della Tessera Sanitaria/Carta Provinciale dei Servizi

DELEGA

Il/La signor/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____

a chiedere:

- REVOCA – motivazione _____
- SOSPENSIONE – motivazione _____
- RIATTIVAZIONE – motivazione _____

della propria Tessera Sanitaria / Carta Provinciale dei Servizi di cui è titolare.

Luogo e Data

Firma

Documenti necessari:

1. Tessera Sanitaria/Carta Provinciale dei Servizi del delegato
2. Tessera Sanitaria/Carta Provinciale dei Servizi del delegante
3. Fotocopia del documento di identità del delegante
4. "Modulo di richiesta revoca/sospensione/revoca per delega"

ATTENZIONE: Il "Modulo di richiesta revoca/sospensione/riattivazione per delega" deve essere redatto e sottoscritto in doppia copia, una verrà trattenuta dall'operatore dello sportello e l'altra riconsegnata.