

**DICHIARAZIONE DI PERSONA DIVERSA DAL TITOLARE DELLA TESSERA
SANITARIA O DEL MINORE EMANCIPATO**

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___/___/___

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale

- in qualità di minore emancipato** come da provvedimento del _____
(indicare autorità competente) n. _____ di data _____
- in qualità di genitore** esercente la potestà genitoriale **del minore** _____

(indicare nome e cognome del minore titolare della tessera sanitaria)
- in qualità di tutore/curatore** nominato con provvedimento del _____

(indicare autorità competente) n. _____ di data _____
del/la signor/a _____ (indicare nome e
cognome dell'interdetto o inabilitato titolare della tessera sanitaria)
- amministratore di sostegno** nominato con provvedimento del _____
(indicare autorità competente) n. _____ di data _____
del/la signor/a _____ (indicare nome e cognome
dell'amministrato titolare della tessera sanitaria)
- in qualità di** (la presente dichiarazione può essere resa solo dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in
mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado di persona
temporaneamente impossibilitata a presentarsi personalmente allo sportello per ragioni connesse al suo stato di
salute): **coniuge** **figlio/a** **parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado**
del/la signor/a _____ (indicare nome e
cognome del congiunto titolare della tessera sanitaria temporaneamente impossibilitato a presentarsi
personalmente allo sportello per ragioni connesse al suo stato di salute)

DICHIARA

- di voler attivare la Carta Provinciale dei Servizi/Tessera Sanitaria e ricevere la prima parte dei
codici di accesso
- di voler ricevere la Security Card



- di voler ricevere il lettore di carte digitali Smarty *(nel caso in cui il nucleo familiare non lo abbia già richiesto)*
- di voler revocare il certificato digitale presente sulla Carta Provinciale dei Servizi /Tessera Sanitaria *(la revoca è definitiva e permanente)*
- di voler sospendere temporaneamente il certificato digitale presente sulla Carta Provinciale dei Servizi/Tessera Sanitaria *(la sospensione cessa con la richiesta di riattivazione del certificato)*
- di voler riattivare il certificato digitale presente sulla Carta Provinciale dei Servizi/Tessera Sanitaria

DEL/LA SIGNOR/A _____ **(titolare della tessera sanitaria)**

Luogo e data

.....

FIRMA

.....

