

**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)

**DICHIARA**

- di voler attivare la Carta Provinciale dei Servizi/Tessera Sanitaria e ricevere la prima parte dei codici di accesso
- di volere la ristampa dei codici di accesso PIN/PUK/CIP della Carta Provinciale dei Servizi/Tessera Sanitaria e di ricevere la prima parte dei codici di accesso
- di voler revocare il certificato digitale presente sulla Carta Provinciale dei Servizi /Tessera Sanitaria (la revoca è definitiva e permanente)
- di voler la stampa del QR Code necessaria per la configurazione dell'app TreC\_FSE

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

Luogo e data FIRMA .....

