



Allegato 1.

MODULO DELEGA
(a cura del delegante)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ PROV (____) il ___/___/___
e residente a _____
in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Impossibilitato/a per motivi di salute* a recarsi personalmente presso uno degli uffici di attivazione della
Tessera Sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS)

DELEGO

_____ nato/a _____ PR (____) il ___/___/___
e residente a _____
in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____ Scadenza ___/___/___

a chiedere

ATTIVAZIONE della TS-CNS **

DUPLICATO CODICI PERSONALI

REVOCA CERTIFICATO

Data ___/___/___

Firma (delegante)

* Documenti allegati:

1. TS-CNS del delegante
2. Fotocopia del documento di identità del delegante
3. Certificato medico o analogha documentazione clinica o autocertificazione

** Nel caso "ATTIVAZIONE della TS-CNS" deve essere allegato anche il modulo "Richiesta Pin e Consenso per delega" sottoscritto dal delegante.