

**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 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

