

## Raccolta dati per richiesta attivazione, revoca o ristampa PIN/PUK della CRS

Al Sindaco del Comune di Settimo Milanese

Piazza degli Eroi, 5

20019 Settimo Milanese

Fax 02.33509630

Pec: [protocollo@postacert.comune.settimomilanese.mi.it](mailto:protocollo@postacert.comune.settimomilanese.mi.it)

Mail: [protocollo@comune.settimomilanese.mi.it](mailto:protocollo@comune.settimomilanese.mi.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (cognome – nome)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_, di sesso:  M /  F

C.F. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (c.a.p.) Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI:

#### **Attivare:**

- mediante attivazione diretta

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (carta d'identità n. \_\_\_\_\_ emessa il \_\_\_\_\_), preso atto di quanto previsto dall'informativa, ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Privacy (d.Lgs. 196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e richiede l'invio dei Codici Personali della propria CNS al seguente indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Si allega copia carta identità e CRS del richiedente

- mediante attivazione su Delega (potestà/tutore/curatore)

Si allega la delega e fotocopia carta d'identità e CRS del delegante.

- mediante attivazione da Delegato (per motivi di salute)

Si allega la delega, la fotocopia carta d'identità e CRS del delegante e la documentazione attestante l'impossibilità del delegante per motivi di salute, a presentarsi personalmente presso l'ufficio



Comune di  
Settimo Milanese



Sistema di Gestione Qualità  
UNI EN ISO 9001:2015  
N° GITI-319-QC



**Revocare**

- mediante revoca diretta

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di TITOLARE della TS/SNS n. \_\_\_\_\_, chiede la revoca del certificato di autenticazione per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

Per garantire l'operazione di revoca ho richiesto il Codice di Identificazione Personale (C.I.P.)

- mediante revoca su Delega (potestà/tutore/curatore)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di DELEGATO per \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, preso atto di quanto previsto dall'informativa, ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Privacy (d.Lgs. 196/2003), acconsente al trattamento dei dati personali dell'interessato/a, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e chiede la revoca del certificato di autenticazione di \_\_\_\_\_ (Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_) per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

- Ristampare Il pin/puk della CRS** per il seguente motivo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



Comune di  
Settimo Milanese

Settimo Milanese, \_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_



Sistema di Gestione Qualità  
UNI EN ISO 9001:2015  
N° GITI-319-QC



Si informa il Dichiarante, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018 e del GDPR (Regolamento Generale sulla protezione dei dati) UE 2016/679, che i dati comunicati formano oggetto di trattamento da parte del Comune di Settimo Milanese, nel rispetto della normativa citata. Il trattamento verrà effettuato per l'evasione della presente richiesta e per gli altri scopi consentiti dalla legge, anche attraverso l'ausilio di strumenti elettronici, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. Il Dichiarante potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui alla citata normativa.

**P17 – Revisione n. 1 del 5.6.2020 -6-SD-93**