REGIONE LAZIO

RICHIESTA REVOCA/SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE TESSERA SANITARIA – CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a: Nome _____ Cognome_____
Comune di nascita_____ Prov _____ Data nascita __/__/_____
Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Comune di residenza_____ Prov. res._____
Indirizzo di residenza_____

Documento (barrare in base al tipo di documento presentato)

TIPOLOGIA	NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA	VALIDITA'
☐ C.I. ☐ Passaporto ☐ Patente	_____	_____ _____	Dal ___/___/_____ Al ___/___/_____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, chiede:

☐ Revoca	che venga effettuata la revoca del certificato della TS-CNS di cui è titolare
☐ Sospensione	che venga effettuata la sospensione del certificato della TS-CNS di cui è titolare
☐ Riattivazione	che venga effettuata la riattivazione del certificato della TS-CNS di cui è titolare

Per la seguente motivazione: _____
Preso atto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del *"Codice in materia di protezione dei dati personali"* (D.Lgs. 196/2003s.m.i) che:

a) I dati forniti verranno utilizzati esclusivamente per l'attivazione della TS-CNS (e conseguente rilascio dei relativi PIN e PUK) e non saranno trattati per nessun'altra finalità;
b) I dati raccolti verranno trattati sia con l'ausilio di strumenti informatici idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati trattati che senza l'ausilio di detti strumenti (trattamento cartaceo);
c) Il conferimento dei dati non è obbligatorio ma è necessario per la gestione della TS-CNS e il rilascio dei relativi PIN e PUK. L'eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità di dar corso alle attività descritte;
d) I dati saranno raccolti e trattati esclusivamente dal Titolare del trattamento e dal Responsabile esterno del trattamento dei dati; i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione;
e) Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. 196/2003, è la Regione Lazio;
f) L'informativa completa è disponibile al seguente indirizzo: http://cns.regione.lazio.it/informativa-privacy

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Titolare del trattamento stesso ai sensi dell'art. 13 del predetto Decreto.

Luogo e data _____ Firma del Dichiarante _____

---------- **PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO** ----------

(compilare solo in caso di delega sulla seconda copia se presentata dal delegato)

L'operatore _____
ha provveduto al riconoscimento del delegato da parte del titolare della TS-CNS tramite documento di identità valido ed ha accettato copia della richiesta sopra riportata.

Luogo e data _____ Firma _____

ATTENZIONE: La richiesta dei codici personali deve essere presentata, compilata e sottoscritta in due copie, una verrà trattenuta dall'ufficio l'altra sarà riconsegnata per ricevuta con la parte Riservata all'ufficio compilata.