



## Richiesta di duplicato della tessera sanitaria

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

### DICHIARO DI ESSERE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

il diretto interessato

il genitore (che esercita la responsabilità genitoriale)

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

codice fiscale

il tutore  il curatore  l'amministratore di sostegno

di (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

codice fiscale

### CHIEDO

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

► il duplicato

della tessera sanitaria cartacea (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale)

della tessera sanitaria magnetica (Carta regionale dei servizi e Tessera europea di assicurazione malattia)

► per questo motivo

smarrimento

furto

usura

## SCELGO DI

ricevere il duplicato della tessera sanitaria **cartacea** per posta elettronica, all'indirizzo (*specificare*)

consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

ricevere il duplicato della tessera sanitaria **cartacea** per posta, all'indirizzo (*specificare solo se diverso da quello di residenza già indicato*)

Via

Comune

| CAP

| Prov.

**ATTENZIONE!** La tessera sanitaria **magnetica** è inviata esclusivamente all'indirizzo di residenza

## ALLEGO

- una copia di un documento di identità in corso di validità

## SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (*per esteso e leggibile*)

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy).

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge.

L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su [www.ausl.mo.it/informative-privacy](http://www.ausl.mo.it/informative-privacy). Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come chiedere il duplicato della tessera sanitaria

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto:sportelloonline@pec.ausl.mo.it), trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

**ATTENZIONE!** Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".