



MODULO DI RICHIESTA CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia di _____ il _____

Residente nel comune di _____ provincia di _____

In via/piazza _____ CAP _____

In possesso del C.F. _____ Numero di telefono : _____

In qualità di :

- INTESTATARIO
- DELEGATO DELL'INTESTATARIO
- FACENTE VECE (GENITORE / TUTORE) DELL'INTERESSATO

DICHIARO*

- ❖ LA MANCATA RICEZIONE
- ❖ LO SMARRIMENTO
- ❖ IL FURTO
- ❖ IL DANNEGGIAMENTO

della Carta Nazionale dei Servizi intestata a : (da compilare solo se non intestatario)

- _____
- DEVO recarmi in uno dei paesi della Comunità Europea nei prossimi 30 giorni
 - NON DEVO recarmi in uno dei paesi della Comunità Europea nei prossimi 30 giorni

* Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e le falsità negli atti, sono puniti dal Codice Penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs. 196/03

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali e/o presenti sul sito www.asst-lodi.it. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it. **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano; Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; Tel. 0371-371; mail dpo@asst-lodi.it.

Data _____

Firma _____

N.B. : ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DICHIARANTE (ART. 38 DEL D.P.R. 28.12.2000, N° 445)

