

NB: la presente autodichiarazione potrà essere utilizzata **soltanto** nel periodo emergenza CORONAVIRUS.

**FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE  
ATTIVAZIONE TELEFONICA NEL PERIODO DI EMERGENZA DA CORONAVIRUS  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
(artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Visto il periodo di emergenza sanitaria per la diffusione del Coronavirus e le limitazioni introdotte per le finalità di protezione civile che non permettono di recarsi agli sportelli dell'Azienda Sanitaria di riferimento

Vista la necessità di ricevere i referti sanitari relativi ad esami ed accertamenti effettuati nel periodo precedente a tali limitazioni, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale che a tutt'oggi non ho ancora attivato

io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato il (data di nascita) \_\_\_\_\_

a (luogo di nascita) \_\_\_\_\_

residente in (Comune di residenza) \_\_\_\_\_

in Via (Via e nr. civico) \_\_\_\_\_

telefono (cell. e telefono fisso) \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

documento di identità (tipo: carta d'identità / passaporto / ecc...) \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_ e scadenza \_\_\_\_\_

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, che le informazioni suddette sono veritiere

CHIEDO

di poter rilasciare i consensi necessari per l'attivazione del mio Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, a seguito di contatto telefonico degli operatori dell'Azienda sanitaria

Ai fini di un controllo della mia identità personale

DICHIARO

- di voler essere contattato al seguente nr. di cellulare \_\_\_\_\_
- di voler ricevere la documentazione necessaria al seguente indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_
- di scegliere come parola di riconoscimento una tra le seguenti (il nome del proprio animale domestico / il colore preferito / il nome della madre) \_\_\_\_\_

Data e luogo,

Cognome e nome dello scrivente

**Autodichiarazione per Maggiorene da inviare a [urp@aulss6.veneto.it](mailto:urp@aulss6.veneto.it) - Allegato 1**