

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

**FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE DEL SOGGETTO LEGALMENTE RAPPRESENTATO
ATTIVAZIONE TELEFONICA NEL PERIODO DI EMERGENZA DA CORONAVIRUS
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
(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 del soggetto legalmente rappresentato effettuati nel periodo precedente a tali limitazioni, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale che a tutt'oggi non risulta ancora attivato per tale soggetto

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 _____

LEGALE RAPPRESENTANTE di (nome e cognome **DEL SOGGETTO LEGALMENTE RAPPRESENTATO**)

nato il (data di nascita) _____

a (luogo di nascita) _____

residente in (Comune di residenza) _____

in Via (Via e nr. civico) _____

codice fiscale _____

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

nr. _____ e scadenza _____

IN QUALITA' DI _____ **documento di rappresentanza legale** rilasciato da
_____ data _____ nr _____

DICHIO

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 Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale del soggetto legalmente rappresentato, a seguito di contatto telefonico degli operatori dell'Azienda sanitaria

Ai fini di un controllo della mia identità personale, in qualità di rappresentante legale,,

DICHIO

- 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