



Modulo di richiesta di Carta Nazionale dei Servizi (CNS) / Token supplementare per succursali e dispensari estivi

restituire a helpdesk@sist.puglia.it o al numero di fax 080/4670700.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____, il _____,

CF _____,

consapevole delle conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

dichiara di essere titolare della Farmacia _____,

sita nel comune di _____, prov. _____, codice farmacia _____,

e, dovendo collegare al sistema di accoglienza regionale (SAR) per la dematerializzazione della ricetta medica la seguente struttura afferente alla propria farmacia

Dispensario

Farmacia Succursale

sita in via _____ del comune di _____, prov. _____,

chiede il rilascio di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS) o di un Token supplementare da intestare al proprio collaboratore/ dipendente/ _____,

nato a _____, prov. _____, il

_____, CF _____

residente in _____, prov. _____, cap _____,

via _____

email del titolare della CNS/Token supplementare _____@_____

tel. _____ cell. _____

Allegare:

- 1) Copia del documento di identità del richiedente
- 2) Copia del documento di identità del titolare della CNS aggiuntiva
- 3) Copia della Tessera Sanitaria del titolare della CNS aggiuntiva

Luogo e data, _____

FIRMA del richiedente

FIRMA del titolare della CNS aggiuntiva

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

I dati comunicati con il presente modulo saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Regione Puglia e dalla società in house InnovaPuglia ai sensi di quanto previsto dal d.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") per la seguente finalità: rilascio di CNS per accesso al SAR Puglia. Per ulteriori