

# RICHIESTA CREDENZIALI SISTEMA TESSERA SANITARIA

All'Ordine Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri della provincia di Sassari  
Via Cavour 71/b  
07100 Sassari  
Email [ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)  
PEC: [ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)

**Oggetto: Richiesta credenziali per l'accesso al sistema Tessera Sanitaria e contestuale dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (Artt. 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

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

iscritto all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari,

all'Albo Medici Chirurghi al n. \_\_\_\_\_  all'Albo Odontoiatri al n. \_\_\_\_\_

in qualità di

- Libero professionista
- Medico di medicina generale
- Pediatra di libera scelta
- Specialista ambulatoriale del Servizio Sanitario Nazionale
- Medico in quiescenza iscritto all'Albo
- Medico in servizio presso strutture private accreditate

## CHIEDE

a Codesto rispettabile Ordine il rilascio delle credenziali di accesso al Sistema Tessera Sanitaria

*Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.*

*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.*

Sassari, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
Per ricevuta

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_