



Regione Campania
A.S.L. Napoli 1 Centro

**DELEGA PER RICHIESTA REGISTRAZIONE AL PORTALE ASL NAPOLI 1 CENTRO
E RITIRO DELLE CREDENZIALI**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, Assistito/a di codesta ASL,

richiede

il rilascio delle credenziali di accesso ai servizi del portale della *ASL Napoli 1 Centro*.

Impossibilitato/a a farlo di persona,

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ nato/a il _____

_____ a _____.

Dichiara che non cederà ad altri le credenziali ricevute e le custodirà in luogo sicuro.

La mail alla quale desidero ricevere i messaggi legati alla registrazione e che sarà usato come

“Nome Utente” nelle credenziali di accesso al portale è:

_____ @ _____

Alla presente allega:

1. Fotocopia di un proprio documento in corso di validità (dell'Assistito).
2. Fotocopia di un documento in corso di validità (del delegato).
3. Fotocopia della Tessera Sanitaria(dell'Assistito).
4. Informativa Privacy firmata.

Firma dell'Assistito/a

Napoli _____

Firma del delegato/a all'atto del ritiro
