



Regione Campania
A.S.L. Napoli 1 Centro

RICHIESTA REGISTRAZIONE AL PORTALE ASL NAPOLI 1 CENTRO PER FIGLIO MINORENNE

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____,

genitore di _____ nato il _____ a

_____, Assistito di codesta ASL, chiede il rilascio delle
credenziali di accesso ai servizi del portale della *ASL Napoli 1 Centro* per suo/a figlio/a minorenne.

Dichiara che non cederà ad altri le credenziali di suo/a figlio/a minorenne 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 documento in corso di validità (del Genitore).
2. Fotocopia di un documento in corso di validità (del Figlio/ solo se maggiore di 14 anni).
3. Fotocopia della Tessera Sanitaria (del Figlio/a).
4. Informativa Privacy firmata.

N.B. Al compimento della maggiore età di suo/a figlio/a, si impegna a cedergli/le le credenziali. La nuova password, di esclusivo uso di suo/a figlio/a, sarà richiesta dallo stesso semplicemente accedendo al servizio a ciò dedicato sul portale.

Napoli _____

Firma _____