

Sistemi Sanitari Regionali – Modulo per la richiesta di Firma Digitale*Da trasmettere compilato all'indirizzo uoassi@asl.bari.it***Compilare tutti i campi in MANIERA LEGGIBILE**

RICHIESTA DI:	NUOVO TOKEN <input type="checkbox"/>	RINNOVO: <input type="checkbox"/>	DATA SCADENZA:	
TIPOLOGIA UTENZA	TITOLARE DI FARMACIA <input type="checkbox"/>	MMG/PLS <input type="checkbox"/>	SPECIALISTA <input type="checkbox"/>	DIPENDENTE ASL <input type="checkbox"/>
NOME:				
COGNOME :				
DATA DI NASCITA:				
COMUNE DI NASCITA:		PROV		
CODICE FISCALE:		CODICE REGIONALE		
TELEFONO RETE MOBILE:				
EMAIL:				
COMUNE DI DOMICILIO:		PROV	CAP	
INDIRIZZO DI DOMICILIO:				
DOCUMENTO DI IDENTITA':				
NUMERO:		COMUNE:		
DATA RILASCIO:		DATA SCADENZA:		

Allegare copia del Documento di Identità (Carta di Identità e/o Passaporto) e della Tessera sanitaria**• OBBLIGO DI PRENOTAZIONE**

Si potrà ritirare il token personalmente (non sono previste deleghe) solamente tramite appuntamento così come indicato nel messaggio di conferma che riceverete sull'indirizzo di posta elettronica indicato nel modulo. Il token verrà rilasciato ai SOLI utenti prenotati in quel giorno.