



Istituto Sicurezza Sociale

Fascicolo Sanitario Elettronico

CAMBIO NUMERO CELLULARE PER ACCESSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Io Sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

DATA NASCITA _____

NUMERO ISS _____

CHIEDO DI SOSTITUIRE IL NUMERO ABBINATO AL MIO FASCICOLO SANITARIO

VECCHIO NUMERO : _____

CON IL

NUOVO NUMERO : _____

ALLEGO SCANSIONE DI DOCUMENTO DI IDENTITA' (Carta Identità, Patente, Passaporto)

Autorizzo L'Istituto Sicurezza Sociale al trattamento dei dati ai fini della presente richiesta ai sensi dell'art. 82 Legge n. 171/2018.

San Marino li

Firma

La richiesta debitamente compilata e firmata , unitamente ad una scansione del documento di identità è da inviare in allegato all'indirizzo mail urp@iss.sm. Non verranno prese in considerazione richieste incomplete, inesatte o prive di firma.