

RICHIESTA DUPLICATO TESSERA SANITARIA

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
 Codice Fiscale _____
 Nato/a a _____ il _____ residente a _____
 Prov. _____ in Via/C.so _____ n° _____
 telefono _____ mail _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Il duplicato della Tessera Sanitaria e il certificato cartaceo provvisorio

- per sé; a tal scopo **dichiara**: di non aver mai ricevuto la tessera sanitaria
 di aver smarrito la tessera sanitaria
 di essere in possesso di tessera sanitaria usurata
- per i seguenti familiari, per i quali si riporta la motivazione della richiesta

1	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
	Indirizzo di residenza	Comune e Provincia di residenza	Motivo della richiesta

2	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
	Indirizzo di residenza	Comune e Provincia di residenza	Motivo della richiesta

3	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
	Indirizzo di residenza	Comune e Provincia di residenza	Motivo della richiesta

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

IL DICHIARANTE

Doc. _____ n° _____ rilasciato a _____ il _____