ASL BT
PugliaSalute

Al Distretto Socio Sanitario n._____

E-mail_____

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 attied 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 GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di non trovarsi in stato di separazione con il proprio coniuge e che, in caso contrario, è stato/a comunque autorizzato/a ad effettuare tale operazione avendone il consenso dell'altro genitore ed assumendosene tutte le responsabilità del caso.

Data_____ IL DICHIARANTE

_____

Doc.____n°_____rilasciato a_____il_____