

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
 (art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)  
**RICHIESTA CARTA REGIONALE DEI SERVIZI**  
**E TESSERA SANITARIA (formato cartaceo) / DELEGA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali con perdita del beneficio conseguito nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità**

**CHIEDE**

- per sé  
 per i seguenti familiari:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

il **rilascio** della  Carta Regionali dei Servizi  Tessera Sanitaria (formato cartaceo)  
 per (barrare la casella che interessa):  smarrimento  furto  usura

A tal fine

**DELEGA**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 a provvedere ai conseguenti adempimenti amministrativi conformi alla suddetta richiesta.

*Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, 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.*

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

Si allega:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del delegato