

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/ (TEAM plastificata) Tessera Sanitaria (formato cartaceo)

per (barrare la casella che interessa): smarrimento furto usura mancato recapito

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