

RICHIESTA DI RILASCIO TESSERA SANITARIA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

N.B.: non soggetta ad autentica. La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o via fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

in possesso della cittadinanza _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

TEL /cell _____

Indirizzo mail _____

maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:

- potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000)
- non avrà effetto il beneficio conseguito (v. a rt. 75 del D.P.R. 445/2000)

RICHIEDO IL RILASCIO DELLA TESSERA SANITARIA CARTACEA/CRS

del RICHIEDENTE

del FIGLIO/A minore

nome _____ cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

del FIGLIO/A minore

nome _____ cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

Luogo, data _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza