

RICHIESTA DUPLICATO TESSERA SANITARIA (TEAM)

Il / La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

In qualità di diretto interessato

In qualità di genitore del minore _____

Nato a _____ il _____

DICHIARA

furto o smarrimento

mancato recapito

sostituzione tecnica

scadenza

Dichiara inoltre di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

CHIEDE

Il rilascio del duplicato della TESSERA SANITARIA (TEAM)

A tal fine, dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 de D.Lgs n. 196/2003 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/ la dichiarante
