

RICHIESTA DUPLICATO TESSERA SANITARIA

Il / La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ in via/p.zza _____ n° _____

Tel. _____ e-mail _____.

☐ In qualità di diretto interessato

☐ In qualità di genitore del minore _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

☐ In qualità di Delegato* del/la Sig/ra _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

➤ * (**Allegare la delega corredata da copia del documento d'identità del delegante**)

DICHIARA

☐ FURTO O SMARRIMENTO

☐ DETERIORAMENTO - ILLEGIBILE O SMAGNETIZZA

☐ MANCATO RECAPITO

☐ TESSERA SANITARIA SCADUTA

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)

- Si dichiara inoltre di prestare il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti degli art.13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 101 del 10/08/2018, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Data

Firma del Dichiarante
