

RICHIESTA DUPLICATO TESSERA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

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

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

Tel. _____ e-mail _____

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.

☐ 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

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 _____

Da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente in caso di richiesta riferita a minori.

DICHIARO INOLTRE: qualora vengano indicati minori, di effettuare la richiesta di rilascio del duplicato della tessera sanitaria in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. **316, 337 ter e 337 quater** del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma del genitore dichiarante _____