

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
PER CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE NE DICHIARARE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ RESIDENTE A _____

VIA _____

IN QUALITA' DI _____ TEL. _____

CHIEDE IN NOME E PER CONTO DEL/DELLA

SIG./RA _____

NATO/A A _____ RESIDENTE A _____

VIA _____

CODICE FISCALE _____ TEL. _____

**IL CERTIFICATO DI ESENZIONE DAL TICKET SANITARIO PER REDDITO
IN QUANTO NON PUO' FIRMARE NE DICHIARARE POICHE'**

(SPECIFICARE) _____

DATA _____

FIRMA _____

PARTE RIGUARDANTE L'OPERATORE DEL SERVIZIO

UTENTE IDENTIFICATO MEDIANTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO _____

NUMERO _____



FIRMA _____