

**DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO/FURTO
DELLA TESSERA SANITARIA (TEAM)**

Il / La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ **il** _____

Residente a _____ **via** _____

Domiciliato a (da indicare se il domicilio è diverso dalla residenza) _____

Via/Piazza _____ **Tel.** _____

In qualità di diretto interessato

In qualità di genitore del minore _____

Nato a _____ **il** _____

DICHIARA

Di aver smarrito la TESSERA SANITARIA (TEAM)

Di aver subito il furto della TESSERA SANITARIA (TEAM)

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

- La presente autocertificazione viene presentata direttamente dall'interessato.
 - La presente autocertificazione è firmata in presenza del dipendente addetto
 - La presente autocertificazione non è firmata in presenza del dipendente addetto e viene allegata la fotocopia di un documento di identità e non viene presentata dall'interessato ma dal sig. _____
-