

RICHIESTA DUPLICATO TESSERA SANITARIA

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
 Codice Fiscale _____
 Nato/a a _____ il _____ residente a _____
 Prov. _____ in Via/C.so _____ n° _____
 telefono _____ mail _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Il duplicato della Tessera Sanitaria e il certificato cartaceo provvisorio

- o per sé; a tal scopo dichiara: di non aver mai ricevuto la tessera sanitaria
 di aver smarrito la tessera sanitaria
 di essere in possesso di tessera sanitaria usurata

o per i seguenti familiari, per i quali si riporta la motivazione della richiesta

1	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
	Indirizzo di residenza	Comune e Provincia di residenza	Motivo della richiesta

2	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
	Indirizzo di residenza	Comune e Provincia di residenza	Motivo della richiesta

3	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
	Indirizzo di residenza	Comune e Provincia di residenza	Motivo della richiesta

“I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell’apposita sezione Privacy.”

IL DICHIARANTE

Data _____

Doc. _____ n° _____ rilasciato a _____ il _____