

**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

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

|          |                        |                                 |                        |
|----------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| <b>1</b> | Cognome e Nome         | Luogo e data di nascita         | Grado di parentela     |
|          | Indirizzo di residenza | Comune e Provincia di residenza | Motivo della richiesta |

|          |                        |                                 |                        |
|----------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| <b>2</b> | Cognome e Nome         | Luogo e data di nascita         | Grado di parentela     |
|          | Indirizzo di residenza | Comune e Provincia di residenza | Motivo della richiesta |

|          |                        |                                 |                        |
|----------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| <b>3</b> | Cognome e Nome         | Luogo e data di nascita         | Grado di parentela     |
|          | Indirizzo di residenza | Comune e Provincia di residenza | Motivo della richiesta |

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, 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 DICHIARANTE

Doc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_