

Spett. le ASL TARANTO

DISTRETTO SS . UNICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATO E/O DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi degli articoli 46,47 del D.P.R. n.445/2000 e dell'art.76 del D.Lgs.n.443/2000)

La/Il sottoscritto _____
Nato/a _____ (_____) il _____
C.F. _____ Residente a _____
Alla via _____ n° _____ CAP _____
Tel _____ Cell _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art.76 D.P.R.445 Del 28-12-2000

DICHIARA

- Di aver smarrito la Tessera Sanitaria
- Di non aver ricevuto la nuova Tessera Sanitaria
- Di aver smarrito il Libretto Sanitario
- La sostituzione della Tessera Sanitaria

Pertanto ne richiede il duplicato

Taranto li _____

Firma _____