

RICHIESTA DI DUPLICATO TESSERA SANITARIA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER SMARRIMENTO/FURTO/USURA

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa.

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ in possesso della cittadinanza ITALIANA

Residente a Corbetta Via/Piazza _____ n. _____

Cod. fisc. _____

Telefono _____ maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:

- potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000)
- non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

RICHIEDO IL DUPLICATO DELLA TESSERA SANITARIA

Per SMARRIMENTO FURTO USURA MANCATA RICEZIONE DICHIARATA DAL CITTADINO
 del RICHIEDENTE

del FIGLIO/A Minore nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____ residente a Corbetta
Via/Piazza _____ n. _____ cod. fisc. _____

del FIGLIO/A Minore nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____ residente a Corbetta
Via/Piazza _____ n. _____ cod. fisc. _____

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 6-9 E 13 del GDPR 2016/679

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.