

Spett.le ASP VIBO VALENTIA

Ufficio Tessere Sanitarie

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ARTICOLO 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

DICHIARA che la propria Tessera Sanitaria-Carta Regionale dei Servizi è stata :

Smarrita

Si è deteriorata

Non ha ricevuto la Tessera Sanitaria di nuovo rilascio

Pertanto richiedo la riemissione di una nuova Tessera Sanitaria

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO/A, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL 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.

Luogo e Data _____ Firma del dichiarante