

	SERVIZI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA E FRONT OFFICE - SPORTELLINO UNICO -	Codice procedimento: 2/DAPO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolario: II.1.01.01.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 DAPO

**SPETT.LE A.S.L. n. CN2
ALBA – BRA**

**ISTANZA RICHIESTA DUPLICATO TESSERA SANITARIA
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA')**

il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ codice fiscale _____
 residente a _____ via _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto e atto falso, si può andare incontro a responsabilità penali e perdita dei benefici concessi dall'Amministrazione, che i dati riportati sull'istanza d'iscrizione precedentemente presentata sono rimasti invariati.

IL RILASCIO DUPLICATO DI

- ◇ TESSERA SANITARIA
- ◇ ESENZIONE TICKET
- ◇ TESSERA SANITARIA EUROPEA (TEAM)

per sé e per i propri familiari o soggetti anagraficamente conviventi, come sotto indicato:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RAPPORTO DI PARENTELA

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 DAPO

MODELLO DI DELEGA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____

numero _____ rilasciato il _____

con scadenza il _____ dal _____

DELEGO

il/la Sig. ra _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ Via _____ a:

scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. _____

revocare per me il Dott. _____

al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket.

duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)

duplicato esenzione ticket

(altro) _____

A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

in fede

Ricevuta il _____

Firma del Funzionario