



**CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
TESSERA SANITARIA – CODICE FISCALE**

**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/rubata.

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

ATTENZIONE: AI SENSI DELL'ART. 38 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445, LA PRESENTE DICHIARAZIONE È SOTTOSCRITTA DALL'INTERESSATO IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OVVERO SOTTOSCRITTA E PRESENTATA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DICHIARANTE ALL'UFFICIO COMPETENTE.