

RICHIESTA ATTIVAZIONE DELLA TESSERA SANITARIA TS-CNS**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

CHIEDE**l'attivazione della Tessera Sanitaria TS-CNS**

- per sé;
- del/dei figlio/i minore/i sotto indicato/i:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente e/ del/dei figlio/i minore/i per cui si presenta domanda;
2. Tessera Sanitaria del richiedente e/o del/dei figlio/i minore/i per cui si presenta domanda.

Data _____

Firma del richiedente _____

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta

ATTENZIONE

PER L'ATTIVAZIONE DELLA TESSERA SANITARIA TS-CNS E' NECESSARIO DISPORRE DI UN INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE, A CUI SARA' INVIATO PARTE DEL CODICE DI ATTIVAZIONE.