



RICHIESTA DEL DUPLICATO 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

il duplicato della Tessera Sanitaria TS-CNS

- **propria**
- **del/della figlio minore:** cognome e nome _____
nato/a il _____ a _____

Allegati:

1. Documento d'identità del richiedente;
2. Codice Fiscale del richiedente e dei familiari 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