

**RICHIESTA DI EMISSIONE NUOVA TESSERA SANITARIA ( O RI-EMISSIONE)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**CHIEDE PER**

**il richiedente**

**Parente** (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**PER IL SEGUENTE MOTIVO:**

**NON RECAPITATA**       **SMARRITA**       **USURATA**       **FURTO**

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse al rilascio della Tessera Sanitaria, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003.

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_