



RICHIESTA DUPLICATO TESSERA

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il _____

residente _____ (____) via _____

tel./cell. _____ mail _____

tipo documento _____ numero _____ rilasciata da _____

in data _____ con scadenza il _____ in qualità di:

- ☐ intestatario
- ☐ delegato dell'intestatario
- ☐ genitore/tutore dell'intestatario

della Carta Regionale dei Servizi (CRS) / Tessera Sanitaria

intestata a _____ Codice Fiscale _____

(IN CASO DI RICHIESTA PRESENTATA DA DELEGATO)

nato/a _____ (____) il _____

residente _____ (____) via _____

tipo documento _____ numero _____

rilasciata da _____ in data _____ con scadenza il _____

DICHIARO

- ☐ lo smarrimento CRS/ Tessera Sanitaria
- ☐ il furto CRS/ Tessera Sanitaria
- ☐ il danneggiamento CRS / Tessera Sanitaria
- ☐ la mancata ricezione CRS / Tessera Sanitaria
- ☐ altro _____

pertanto chiedo che venga rilasciato il duplicato della tessera sanitaria.

Firma del Dichiarante

data e firma

Allegare: Documento di identità dell'intestatario e dell'eventuale delegato