



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

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

in qualità di esercente la potestà parentale/tutore/curatore di \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che la Tessera Sanitaria-Carta Regionale dei Servizi di \_\_\_\_\_  
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 O VERO SOTTOSCRITTA E  
PRESENTATA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DICHIARANTE  
ALL'UFFICIO COMPETENTE.**