

MODULO DI RICHIESTA TESSERA SANITARIA

ASL di competenza : _____

Dati del Richiedente : _____

Cognome : _____

Nome : _____

Data di nascita : _____

Luogo di nascita : _____

Codice Fiscale : _____

Residenza (indirizzo completo) : _____

Dati per il rilascio della Tessera Sanitaria :

Numero di telefono : _____

Email : _____

Dichiarazioni e Consensi :

Il sottoscritto richiede il rilascio della Tessera Sanitaria ai sensi della normativa vigente. Dichiaro che le informazioni sopra riportate sono veritiere e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione. Acconsente al trattamento dei dati personali ai fini del rilascio e della gestione della Tessera Sanitaria, secondo la normativa sulla privacy.

Documenti Allegati :

1. Copia documento di identità in corso di validità.
2. Eventuale delega firmata, se presente.
3. Certificato di residenza aggiornato.
4. Eventuali altri documenti richiesti dall'ASL.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

FIRMA OPERATORE ASL

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://richiesta-pronta.com/modulo-richiesta-tessera-sanitaria-asl/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://richiesta-pronta.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.