



Azienda Sanitaria Provinciale Messina
Via Giuseppe La Farina, 263/n
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

Richiesta duplicato Tessera Sanitaria

Il/la sottoscritto/a

Nome

nato/a

data di nascita

residente a

via e numero

Codice Fiscale

telefono

CHIEDE

il rilascio della TEAM (Tessera Sanitaria Europea) per sé e per i familiari sottoelencati:

Cognome e nome

Data di nascita

Parentela

Codice Fiscale

Dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 76 DPR 25/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni non veritiere.

Motivazione della richiesta:

Luogo e data

Il Dichiarante