



AZIENDA USL  
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE  
VALLÉE D'AOSTE

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in Via/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76, commi 1 e 2, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000**

### DICHIARA

di aver smarrito la tessera TEAM (Tessera Europea Assistenza Malattia)

di aver smarrito la tessera TEAM del/la figlio/a minorenne \_\_\_\_\_

che la tessera TEAM gli/le è stata rubata

di non aver mai ricevuto la tessera TEAM

che la tessera si è deteriorata ed il barcode non funziona più

**e ne richiede il duplicato**

Letto, confermato e sottoscritto.

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

### AUTORIZZA IN SUA VECE

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ documento d'identità (C.I./patente/passaporto) \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**alla consegna all'Azienda U.S.L. della presente istanza** (presentare documenti d'identità sia del delegante che del delegato).

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS. 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. Sono fatti salvi i diritti di cui all'art. 7 del suddetto Decreto. Titolare del trattamento dei dati l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

**IL FUNZIONARIO ADDETTO AL RITIRO DEL DOCUMENTO** \_\_\_\_\_