



**DICHIARAZIONE PER
SMARRIMENTO/FURTO/DANNEGGIAMENTO
DI CARTA REGIONALE DEI SERVIZI (CRS)/TESSERA
SANITARIA**

Io sottoscritto/a _____ tipo di documento di
riconoscimento _____ numero _____ emesso
il _____ da _____ in qualità di:

- intestatario
- delegato dell'intestatario
- facente veci (genitore/tutore) dell'intestatario
- altro

della Carta Regionale dei servizi (CRS) / Tessera Sanitaria

intestata a _____ Codice Fiscale _____

DICHIARO

- lo smarrimento CRS/ Tessera Sanitaria
- il furto CRS/ Tessera Sanitaria
- il danneggiamento CRS / Tessera Sanitaria

In fede

data e firma del dichiarante

Allegare

Documento di identità e codice fiscale dell'intestatario e dell'eventuale delegato qualora quest'ultimo non faccia parte dello stesso nucleo familiare.