



**A.S.L. TO1**

Azienda Sanitaria Locale  
Torino

SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29

10128 TORINO - Tel. + 39 011 5661566

info@aslto1.it - www.aslto1.it

C.F. P.I. 09737640012

**Mod. Richiesta documenti**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'**

Rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in Torino, via/corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

il seguente documento:

◇ duplicato della ricevuta d'iscrizione

◇ duplicato della tessera sanitaria magnetica (TEAM)

◇ certificato di cancellazione per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

per se e per i familiari minori:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Chiede, infine, che la "Ricevuta d'Iscrizione" pervenga tramite con la seguente modalità:

\_\_\_\_\_ (indicare l'indirizzo di posta elettronica o il n. fax nel caso in cui non sia richiesto l'invio per posta).

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Torino,

firma

\_\_\_\_\_

Documenti da allegare alla presente dichiarazione:

- fotocopia carta d'intentita

- fotocopia del codice fiscale