

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER SMARRIMENTO
TESSERA SANITARIA**

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/____ Residente in _____

Via/piazza _____ tel _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Di aver smarrito il/la

_____ in data ____/____/____ e luogo _____

Il/La dichiarante

La presente dichiarazione non va autenticata e sostituisce in via definitiva, per tutti gli effetti i certificati richiesti o destinati alle pubbliche amministrazioni, ai gestori di pubblici servizi ed a privati che vi consentono.

Chi non ottempera sarà soggetto a denuncia alle autorità competenti.

Data/...../.....

(Firma per esteso e leggibile del/la dichiarante)