

**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)