



**Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**
Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P.Iva e C.F. 02570930848
DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI RIBERA

Il sottoscritto nato il
A residente in
Via

Chiede per se e/o per i componenti del proprio nucleo familiare

Il rilascio di:
(barrare la voce che interessa)

- ☐ Tessera di esenzione ticket Patologia
- ☐ Duplicato o rinnovo della tessera di esenzione ticket n.
- ☐ esenz. Ticket per invalidità.....
- ☐
- ☐ Duplicato tessera sanitaria
- ☐ Altro

DELEGA AL RITIRO

Il sig.C.F.....
Documento di riconoscimento
(relazione di parentela.....)

Data.....

() Consenso al trattamento dei dati personali (art.7 Reg. UE n.679/2016 e D.Lgs. n. 101/20218)

Firma
