



Mod. richiesta TEAM/TS

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
 P.Iva e C.F. 02570930848
Distretto Sanitario di Agrigento

Il/la Sottoscritt_____

nat__a_____il_____

e residente a _____ in via_____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

CHIEDE T/S

PER SE O FAMILIARE (MINORE) Dati della persona di cui si richiede la TEAM/TS

CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
TELEFONO	
COMUNE DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
VIA	
Medico MM.GG. o Pediatra	
DATA INIZIO ASSISTENZA RILEVABILE NEL LIBRETTO	Scade il illimitata
DATA RICHIESTA TESSERA SANITARIA	
MOTIVAZIONE RICHIESTA Furto - Smarrimento - Rinnovo Mai ricevuta - Nuovo Nato.	
FIRMA DEL RICHIEDENTE	