



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO

Distretto Sanitario di Agrigento

IL SOTTOSCRITTO.....

NATO A.....IL.....

STATO

RESIDENTE IN.....

VIA.....

DICHIARA

(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)

DI NON UTILIZZARE LA TESSERA TEAM-TS FUORI DAL TERRITORIO NAZIONALE COME PREVISTO DALLE NORME VIGENTI.

DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE TUTTE LE SPESE SANITARIE SOSTENUTE FUORI DAL TERRITORIO NAZIONALE GLI VERRANNO ADDEBITATE.

AGRIGENTO_____

Allega:

a) fotocopia del permesso di soggiorno con scadenza.....
