



Azienda Sanitaria Provinciale Messina
Via Giuseppe La Farina, 263/n
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

Richiesta Tessera Sanitaria Europea

Il/la sottoscritto/a

.....
nato/a

.....
data di nascita

.....
residente a

.....
via e numero

.....
Codice Fiscale

CHIEDE

il rilascio della TEAM (Tessera Sanitaria Europea) per sé e per i familiari sottoelencati:

Cognome e nome	Data di nascita	Parentela	Codice Fiscale

Dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 76 DPR 25/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni non veritiere.

Motivazione della richiesta:

Luogo e data

Il Dichiarante

.....

.....