

ASL TOSCANA
SUDEST

RICHIESTA CERTIFICATO PROVVISORIO SOSTITUTIVO TEAM

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (provincia)

residente a _____
(indirizzo completo, luogo, Stato)

Codice fiscale _____

TEL/EMAIL: _____

CHIEDE

il certificato sostitutivo provvisorio della tessera europea assicurazione malattia in applicazione dei nuovi Regolamenti CEE.

(luogo e data)

Il Dichiarante

documento di riconoscimento: _____