



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 5
DISTRETTO 82

**DOMANDA PER RICHIESTA DELLA TESSERA TEAM E/O CERTIFICATO
SOSTITUTIVO PER SOGGIORNI ALL'ESTERO.**

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO A _____ **PROV.** _____ **IL** _____

RESIDENTE _____

CODICE FISCALE _____ **Tel.** _____

Chiede il rilascio della tessera sanitaria (mai ricevuta) per sé per i familiari

COGNOME NOME C.F. _____

NATO A _____ **IL** _____

COGNOME NOME C.F. _____

NATO A _____ **IL** _____

COGNOME NOME C.F. _____

NATO A _____ **IL** _____

COGNOME NOME C.F. _____

NATO A _____ **IL** _____

? IL RILASCIO DI UN DUPLICATO DELLA TESSERA TEAM

**? IL RILASCIO DI UN CERTIFICATO SOSTITUTIVO DELLA TESSERA TEAM (valido
1 mese)**

**IN QUESA ULTIMA EVENTUALITA' INDICARE IL PERIODO DI SOGGIORNO
ALL'ESTERO:**

DAL _____ **AL** _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL TESSERINO SANITARIO.

DATA _____

FIRMA _____