

**UFFICIO SCELTA/REVOCA MEDICO
Distretto Socio Sanitario LT/1**

Aprilia, li _____

Il/La sottoscritt _____

Nato/a i _____ a _____ residente in _____

Via _____

DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. 8 Dicembre 2000, n 455, ultimo comma dell'Art.47 pubblicato sulla G.U. n 42

Del 20 febbraio 2001 ed in vigore dal 07 marzo 2001 di aver smarrito in data e luogo imprecisato

la propria tessera sanitaria rilasciata dall' A.S.T. _____

APRILIA li _____

IN FEDE