

Regione del Veneto  
U.L.S.S. n. 1 - UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA  
Via Feltre, 57 - BELLUNO

All'U.L.S.S. n. 1  
Via Feltre n. 57  
BELLUNO

OGGETTO: *Richiesta duplicato*  
**TESSERA SANITARIA**

*Il sottoscritto* \_\_\_\_\_  
*nato a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_  
*residente* \_\_\_\_\_ *via* \_\_\_\_\_  
*n°* \_\_\_\_\_ , *censito con il dott.* \_\_\_\_\_  
*non essendo più in possesso della tessera sanitaria per smarrimento*

**CHIEDE**

*il rilascio del duplicato per sé o per i familiari di seguito indicati:*

_____	<i>nato il</i> _____	<i>dott.</i> _____
COGNOME E NOME		
_____	<i>nato il</i> _____	<i>dott.</i> _____
COGNOME E NOME		
_____	<i>nato il</i> _____	<i>dott.</i> _____
COGNOME E NOME		
_____	<i>nato il</i> _____	<i>dott.</i> _____
COGNOME E NOME		

Belluno, \_\_\_\_\_

FIRMA